

Instituto Politécnico de Setúbal



Escola Superior de Ciências Empresariais

Escola Superior de Tecnologia

**Riscos Psicossociais nos Enfermeiros do Serviço de Urgência
Geral**

Pedro Miguel dos Santos Gonçalves

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau
de:

Mestre em Segurança e Higiene no Trabalho

Orientadora: Professora Doutora Maria Odete de Almeida Pereira

Setúbal, 2018

“Se não escalar a montanha, jamais poderá desfrutar da paisagem”

Pablo Neruda

Agradecimentos

Quero agradecer a todos os que me ajudaram na realização deste trabalho, que foi o culminar de todas as aprendizagens feitas ao longo do curso.

A todos os colegas que participaram no estudo, demonstrando grande interesse pela realização e sucesso do mesmo.

Em especial à minha orientadora, a Sra. Professora Doutora Maria Odete Pereira, por toda a disponibilidade demonstrada e apoio na concretização deste trabalho, e ao Sr. Enfermeiro José Manuel Almeida, também pela disponibilidade e apoio demonstrados.

Deixo um agradecimento especial à Catarina Santos e aos meus pais, que sempre me apoiaram e incentivaram nos meus projetos e na prossecução dos meus objetivos.

A todos muito Obrigado!

Resumo

Os riscos psicossociais relacionados com o trabalho pertencem ao conjunto dos riscos emergentes que maiores desafios têm vindo a apresentar em matéria de segurança e saúde no trabalho, que se traduzem num impacto significativo na saúde de pessoas, organizações e economias nacionais.

Os riscos psicossociais, segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) (2017), provêm de um contexto social de trabalho problemático, com base nas deficiências na concepção, organização e gestão do trabalho, trazendo efeitos negativos a nível psicológico, físico e social que se podem traduzir em stress relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão.

O presente estudo pretende avaliar os riscos psicossociais percebidos pelos enfermeiros e situações do seu quotidiano laboral que podem causar stress, procedendo-se ainda à análise associando variáveis sociodemográficas e socioprofissionais. Neste sentido, foi criado um questionário como instrumento de colheita de dados, tendo como base o “Copenhagen Psychosocial Questionnaire” (COPSOQ) e a Escala de Stress Profissional dos Enfermeiros (ESPE), que foram adaptados ao contexto em causa, dos quais resultaram, respectivamente 7 dimensões e 7 fatores, que foram analisados associando as referidas variáveis.

Do estudo realizado, verificou-se que os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, encontram-se em risco intermédio para a saúde na maior parte das dimensões do COPSOQ, sendo de salientar o risco elevado para a saúde no que se refere às **Exigências Laborais** e no **Conflito Trabalho-Família**. Na frequência de situações vividas como stressantes destaca-se o fator **Carga de Trabalho**, que apresenta frequência elevada de situações geradoras de stress nos enfermeiros, sendo o expoente máximo o item *falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço*, em que 55,4% responderam “frequentemente” e 38,5% consideraram “muito frequentemente”.

Palavras-chave: Riscos psicossociais; Enfermeiros; Trabalho.

Abstract

Work-related psychosocial risks are one of the emerging challenges to safety and health at work, which translates into a significant impact on the health of national people, organizations and economies.

Psychosocial risks, according to the European Agency for Safety and Health at Work (AESST) (2017), come from a problematic social context of work, based on deficiencies in the conception, organization and management of work, with negative psychological, physical and social effects, that can translate into work-related stress, exhaustion or depression.

This study intends to evaluate the psychosocial risks perceived by nurses and situations in their daily work life that can cause stress, and the analysis is associated with sociodemographic and socio-professional variables. In this sense, a questionnaire was created as a data collection instrument, based on the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) and the Nurses Stress Scale (NSS), which were adapted to the context in question, resulting in 7 dimensions and 7 factors, which were analyzed by associating said variables.

From this study, it was verified that the nurses of the “Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal”, are at intermediate risk for health in most of the dimensions of COPSOQ, and the high health risk in Labor Requirements and the Work-Family Conflict. In the frequency of situations experienced as stressful, the Workload factor stands out, which presents a high frequency of stress-generating situations in nurses, with the maximum exponent being the *lack of personnel to adequately cover the needs of the service*, where 55,4% responded "frequently" and 38,5% considered "very frequently".

Keywords: Psychosocial Risks; Nurses; Labor.

Índice

Introdução	12
Parte I - Revisão da Literatura	16
1. Riscos Psicossociais no Trabalho	16
1.1. Avaliação e Prevenção de Riscos Psicossociais.....	19
1.2. A Organização do Trabalho	22
2. Stresse.....	27
2.1. Stresse no trabalho	29
2.2. Stresse na Prática de Enfermagem.....	33
2.3. Burnout	38
2.4. Estratégias de Coping.....	41
2.5. Estratégias para gerir o stresse nos profissionais de saúde	42
3. Violência no trabalho	46
4. Assédio Moral.....	49
Parte II – A Organização: Contextualização do estudo.....	51
5. Centro Hospitalar de Setúbal	51
5.1. Caraterização do Serviço de Urgência Geral	52
Parte III - Metodologia	56
6. Metodologia utilizada no estudo	56
6.1. Método de abordagem	56
6.2. Participantes	57
6.3. Instrumentos.....	58
6.3.1. Copenhagen Psychosocial Questionnaire.....	59
6.3.2. Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros	62
6.4. Pré-teste.....	63
6.5. Procedimento.....	64
6.6. Tratamento dos dados	64
Parte IV – Dados Obtidos	68
7. Apresentação e Análise dos resultados	68
7.1. Cálculo da Consistência Interna – COPSOQ & ESPE	68
7.2. Caraterização da amostra.....	70
7.2.1. Caraterização sociodemográfica	71
7.2.2. Caraterização Socioprofissional	72
7.3. Análise dos fatores de riscos psicossociais.....	75
7.4. Análise da ESPE	79
7.5. Comparações das varáveis com as dimensões de COPSOQ & ESPE	80
7.5.1. Comparações por Sexo	80
7.5.2. Comparações por Escalão Etário.....	81
7.5.3. Comparações por Estado Civil.....	83
7.5.4. Comparações por Habilitações Académicas.....	83
7.5.5. Comparações por Anos de Profissão	84

7.5.6. Comparações por Antiguidade no Serviço	85
7.5.7. Comparações por Vínculo ao CHS.....	86
7.5.8. Comparações por horário de trabalho.....	86
7.5.9. Comparações por Trabalho por Turnos.....	87
7.5.10. Comparações por Turno da Noite	88
7.5.11. Comparações por funções de chefia.....	88
8. Discussão dos Resultados	90
8.1 - Limitações do estudo.....	113
Conclusões	115
Sugestões.....	122
Referencias Bibliográficas	124
Apêndices.....	136
Apêndice I - Cronograma de atividades para a realização da dissertação de mestrado	137
Apêndice II - Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais.....	139
Apêndice III - Comparações por sexo - COPSQ.....	145
Apêndice IV - Comparações por sexo - ESPE.....	147
Apêndice V - Comparações por escalão etário - COPSQ	149
Apêndice VI - Comparações por escalão etário - ESPE.....	151
Apêndice VII - Comparações por estado civil - COPSQ	153
Apêndice VIII - Comparações por estado civil - ESPE	155
Apêndice IX - Comparações por habilitações académicas - COPSQ	157
Apêndice X - Comparações por habilitações académicas - ESPE	159
Apêndice XI - Comparações por anos de profissão - COPSQ.....	161
Apêndice XII - Comparações por anos de profissão - ESPE.....	163
Apêndice XIII - Comparações por antiguidade no serviço - COPSQ	165
Apêndice XIV - Comparações por antiguidade no serviço - ESPE.....	167
Apêndice XV - Comparações por vínculo ao CHS - COPSQ.....	169
Apêndice XVI - Comparações por vínculo ao CHS - ESPE.....	171
Apêndice XVII - Comparações por horário de trabalho - COPSQ	173
Apêndice XVIII - Comparações por horário de trabalho - ESPE	175
Apêndice XIX - Comparações por trabalho por turnos - COPSQ.....	177
Apêndice XX - Comparações por trabalho por turnos - ESPE	179
Apêndice XXI - Comparações por turno da noite - COPSQ	181
Apêndice XXII - Comparações por turno da noite - ESPE.....	183
Apêndice XXIII - Comparações por funções de chefia - COPSQ	185
Apêndice XXIV - Comparações por funções de chefia - COPSQ.....	187
ANEXOS	189
Anexo A - Autorização para a realização do Estudo de Avaliação de Riscos Psicossociais nos Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHS	190

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Número de enfermeiros que trabalham por turnos	74
Gráfico 2 - Número de enfermeiros que trabalham no turno da noite	74
Gráfico 3 - Número de enfermeiros que têm funções de chefia.....	75
Gráfico 4 - Número de enfermeiros que reconhece que o horário interfere com a sua vida social e familiar	75
Gráfico 5 - Tercis obtidos nas subescalas do COPSOQ.....	78
Gráfico 6 - Médias das subescalas da dimensão Exigências Laborais.....	91
Gráfico 7 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Exigências Laborais.....	92
Gráfico 8 - Tercis das subescalas da dimensão Exigências Laborais da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)	92
Gráfico 9 - Médias das subescalas da dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo	93
Gráfico 10 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo	94
Gráfico 11 - Tercis das subescalas da dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012).....	94
Gráfico 12 - Médias das subescalas da dimensão Relações Sociais e Liderança.....	94
Gráfico 13 - Tercis das subescalas da dimensão Relações Sociais e Liderança	95
Gráfico 14 - Tercis das subescalas da dimensão Relações Sociais e Liderança da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012).....	96
Gráfico 15 - Médias das subescalas da dimensão Valores no Local de Trabalho.....	96
Gráfico 16 - Tercis das subescalas da dimensão Valores no Local de Trabalho	97
Gráfico 17 - Tercis das subescalas da dimensão Valores no Local de Trabalho da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012).....	97
Gráfico 18 - Médias das subescalas da dimensão Interface Trabalho-Indivíduo.....	98
Gráfico 19 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Interface Trabalho-Indivíduo	98
Gráfico 20 - Tercis das subescalas da dimensão Interface Trabalho-Indivíduo da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva,2012).....	98
Gráfico 21 - Médias das subescalas da dimensão Saúde e Bem Estar	99

Gráfico 22 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Saúde e Bem Estar	100
Gráfico 23 - Tercis das subescalas da dimensão Saúde e Bem Estar da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)	100
Gráfico 24 - Média da dimensão Comportamentos Ofensivos	101
Gráfico 25 - Tercis obtidos na dimensão Comportamentos Ofensivos.....	101
Gráfico 26 - Tercis da dimensão Comportamentos Ofensivos da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)	101
Gráfico 27 - Comparação entre as médias dos fatores ESPE do Estudo Atual (EA) e Estudo Santos e Teixeira (EST) (2009)	104

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caraterísticas Stressantes do Trabalho	32
Quadro 2 - Resumo esquemático da sintomatologia do Burnout.....	40
Quadro 3 - Dimensões e Subescalas do COPSOQ (versão média)	61
Quadro 4 - Identificação das Subescalas da ESPE	63

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Grupos de Subescalas com interpretação similar.....	62
Tabela 2 - Consistência interna do COPSOQ	69
Tabela 3 - Consistência interna da ESPE	70
Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros em função do sexo	71
Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros em função do grupo etário	71
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros em função do estado civil	72
Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros em função das habilitações académicas.....	72
Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros em função dos anos de profissão	72

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros em função da antiguidade no serviço.....	73
Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros em função do vínculo ao CHS	73
Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros em função do horário de trabalho	73
Tabela 12 - Estatística Descritiva - COPSOQ.....	76
Tabela 13 - Estatística Descritiva - ESPE	79
Tabela 14 – Diferenças significativas nas comparações por sexo - ESPE.....	80
Tabela 15 – Diferenças significativas nas comparações por escalão etário - COPSOQ	81
Tabela 16 - Diferenças significativas nas comparações por escalão etário - ESPE	82
Tabela 17 - Diferenças significativas nas comparações por habilitações académicas -COPSOQ	83
Tabela 18 - Diferenças significativas nas comparações por anos de profissão - COPSOQ.....	84
Tabela 19 - Diferenças significativas nas comparações por anos de profissão - ESPE	85
Tabela 20 - Diferenças significativas nas comparações por vínculo ao CHS - COPSOQ.....	86
Tabela 21 - Diferenças significativas nas comparações por trabalho por turnos - COPSOQ	87
Tabela 22 - Diferenças significativas nas comparações por trabalho por turnos - ESPE	87
Tabela 23 - Diferenças significativas nas comparações por funções de chefia - COPSOQ	88
Tabela 24 - Diferenças significativas nas comparações por funções de chefia - COPSOQ	89
Tabela 25 - Dados referentes ao Fator I - A morte e o morrer	107
Tabela 26 - Dados referentes ao Fator II - Conflitos com os médicos.....	108
Tabela 27 - Dados referentes ao Fator III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares.....	108
Tabela 28 - Dados referentes ao Fator IV - Falta de apoio dos colegas.....	109
Tabela 29 - Dados referentes ao Fator V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes.....	109
Tabela 30 - Dados referentes ao Fator VI - Carga de trabalho.....	110
Tabela 31 - Dados referentes ao Fator VII - Incerteza quanto aos tratamentos	111

Abreviaturas e Siglas

AESST - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

Art.º - Artigo

CE – Comunidade Europeia

CEE – Comunidade Económica Europeia

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CIT – Contrato Individual de Trabalho

COPSOQ – Copenhagen Psychosocial Questionnaire

CT – Código do Trabalho

CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas

CV – Coeficiente de Variação

EA – Estudo Atual

Enf^ª - Enfermeira

EST – Estudo de Santos e Teixeira

HSB – Hospital de São Bernardo

ILO – International Labour Organisation

NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health

Nº - Número

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SLIC - Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SST – Segurança e Saúde no Trabalho

SUG – Serviço de Urgência Geral

Introdução

No âmbito da realização da Dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho, ministrado pela Escola Superior de Ciências Empresariais em conjunto com a Escola Superior de Tecnologia do Instituto Politécnico de Setúbal, pretende-se realizar um estudo acerca dos riscos psicossociais a que os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) podem estar expostos e como estes afetam a sua saúde.

Sendo o sector da saúde considerado pelo Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (SLIC) (2012), um dos sectores onde os trabalhadores apresentam maiores riscos psicossociais, é o sector onde o autor exerce a sua atividade profissional como enfermeiro, tendo ainda como funções gestor de risco geral e elemento da comissão de gestão de risco da instituição, procurando assim dinamizar a avaliação de riscos psicossociais na instituição, especificamente no serviço de urgência.

Neste sentido, o tema escolhido para a realização da referida dissertação, é “Avaliação de Riscos Psicossociais nos Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal e como estes afetam a sua saúde”.

Sendo esta, uma área ainda pouco explorada, será pertinente tentar perceber se os riscos psicossociais existentes num determinado contexto influenciam a saúde de um determinado grupo profissional.

São vários os exemplos de condições de trabalho que podem conduzir a riscos psicossociais, nomeadamente: cargas excessivas de trabalho, exigências contraditórias, falta de clareza na definição de funções, falta de participação na tomada de decisão, falta de controlo sobre a forma como é executado o trabalho, má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral, comunicação ineficaz, falta de apoio por parte da chefia e colegas, assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros, entre outros. Quando as exigências do trabalho são excessivas e os trabalhadores não conseguem superá-las, originam stresse, que se forem de forma continuada, potenciam o aparecimento de problemas de saúde mental, bem como, problemas de saúde física, como doenças cardiovasculares ou lesões músculo-esqueléticas (AESST, 2017).

As consequências destes riscos psicossociais, não afetam apenas os trabalhadores, visto que para a organização, os efeitos negativos envolvem um fraco desempenho geral da empresa, aumento do absentismo, os trabalhadores apresentam-se ao trabalho doentes e incapazes de funcionar eficazmente e há subida das taxas de acidentes e lesões. Os períodos de absentismo tendem a ser mais longos, relativamente aos decorrentes de outras causas e o stress relacionado com o trabalho pode contribuir para um aumento da taxa de reformas antecipadas. Daqui resultam custos significativos para as empresas e para a sociedade que chegam aos milhares de milhões de euros a nível nacional (AESST, 2017).

Pergunta de partida

O início de um estudo de investigação, segundo Polit et al (2004:52) tem por base a definição de um problema que o investigador pretende resolver, envolvendo uma situação ambígua e inquietadora com o objetivo de tentar resolver o problema ou contribuir para a sua resolução.

A questão de investigação ou pergunta de partida é fundamental para o desencadear e desenrolar de todo o processo de investigação. Refere Fortin (1999:51) que uma questão de investigação é “uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”.

Assim, a **pergunta de partida** deste trabalho é:

- Os enfermeiros do SUG são alvo de riscos psicossociais e situações stressantes no seu quotidiano laboral?

Problemática:

- Que fatores de risco psicossociais estão sujeitos os enfermeiros do SUG?
- Como poderão os fatores de risco afetar a saúde dos enfermeiros do SUG?
- Que situações do quotidiano dos enfermeiros do SUG são mais frequentemente sentidas como stressantes?

Objetivos

O objetivo de investigação, segundo Fortin (2003) constitui um enunciado declarativo que delimita a orientação de acordo com o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

Objetivo Geral:

- Avaliar os riscos psicossociais e situações do quotidiano laboral potencialmente stressoras que os enfermeiros do SUG estão sujeitos.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as principais linhas teóricas e investigações que enquadram a temática em análise;
- Identificar os principais riscos psicossociais percebidos pelos enfermeiros;
- Caracterizar a intensidade dos riscos psicossociais percebidos pelos enfermeiros;
- Relacionar os riscos psicossociais identificados com o estado de saúde dos enfermeiros;
- Identificar as situações do quotidiano que mais frequentemente são sentidas como stressantes;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais com as dimensões dos instrumentos de análise.

Ao realizar este estudo poderemos encontrar fatores de riscos psicossociais adjacentes ao trabalho dos enfermeiros que se encontram inseridos num serviço de urgência, os quais poderão influenciar o seu estado de saúde, bem como as situações, sentidas como stressantes, no quotidiano laboral dos enfermeiros. Deste modo, no futuro, poderão vir a ser implementadas medidas corretivas e/ou preventivas, de acordo com a análise realizada, no sentido de minimizar essas consequências. Pretende-se, nesse sentido, favorecer um ambiente psicossocial positivo, enquanto promotor do bom desempenho e do desenvolvimento pessoal, bem como do bem-estar físico e mental dos trabalhadores.

Em termos metodológicos recorreu-se a uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, aplicada e transversal.

Em termos de estrutura o trabalho, inclui quatro partes, que vão desde a revisão da literatura, que suportará teoricamente a temática que se pretende investigar; a caracterização do contexto (organização) onde se realizará o estudo, seguindo-se a metodologia a aplicar, onde será utilizado um instrumento para recolha de dados – que terá como base o “Copenhagen Psychosocial Questionnaire” (COPSOQ) e a Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros (ESPE); em seguida procede-se à apresentação e análise dos dados obtidos através do SPSS, bem como da sua discussão, o que inclui a comparação com outros estudos já realizados no mesmo âmbito. Posteriormente seguem-se as conclusões, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

Parte I - Revisão da Literatura

A revisão da literatura, segundo Fortin (2003:74) “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação. No decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos, o conceito em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos”.

Neste sentido, segue-se a revisão da literatura, relativa à temática da investigação em causa, onde serão abordados conceitos relevantes para a compreensão da mesma.

1. Riscos Psicossociais no Trabalho

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho, tem vindo a sofrer alterações significativas, devido à liberalização económica, seguida pela disseminação do comércio livre e globalização, fomentando a forte concorrência entre as empresas.

Para competir mais eficazmente, muitas empresas reestruturaram a sua organização com novos métodos e práticas de trabalho, reduzindo o número e alterando o vínculo dos trabalhadores, no sentido de aumentar os lucros e reduzir os custos para manterem a competitividade. Para os trabalhadores, correspondeu a aumento de trabalho, com prevalência de contratos precários, levando ao sentimento de insegurança (AESST, 2007).

No final da década de 70, a pensar na emergência de fatores psicossociais relacionados com o trabalho, a Organização Mundial de Saúde (OMS), organizou um fórum interdisciplinar, tendo como objetivo a discussão relacionado com esta temática, formulando medidas, propondo políticas de saúde com base nestes fatores. Em 1980, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS, publicaram em conjunto um documento que onde constava que “o crescimento e progresso económico não dependiam apenas da produção, mas também das condições de vida e trabalho, saúde e bem-estar dos trabalhadores e seus familiares” (Fisher, 2012).

Estudos realizados na Europa, revelam que a vida dos trabalhadores encontra-se a mudar a um ritmo cada vez mais rápido e são cada vez mais as pessoas que sofrem de stresse, prevendo-se que em 2020, segundo dados da OIT, o stresse seja a principal causa de incapacidade global (Amaro, 2013).

Cerca de metade dos trabalhadores europeus considera que o stresse é uma situação comum no local de trabalho, traduzindo-se em 50% dos dias de trabalho perdidos, sendo visto frequentemente como uma situação alvo de incompreensão e estigmatização. No entanto, se os riscos psicossociais e o stresse forem encarados como um problema organizacional, considera-se que podem ser controlados da mesma forma que qualquer outro risco de segurança e saúde no trabalho (AESST, 2017).

Segundo o Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (2012), definem *psicossocial* como a “interação entre fatores psicológicos e sociais” em ambos os sentidos, quer de fatores sociais para psicológicos, quer o inverso.

Existem várias definições para fatores psicossociais no trabalho. Considerando a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), os fatores psicossociais são “fatores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo derivam da psicologia do indivíduo e da estrutura da função da organização do trabalho. Incluem aspetos sociais, tais como as formas de interação no seio dos grupos, aspetos culturais, tais como os métodos tradicionais de resolução de conflitos, e aspetos psicológicos, tais como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade” (OMS, 1981 citado por Amaro, 2013:572).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (1984), os fatores psicossociais no trabalho consistem em interações entre o trabalho, seu meio ambiente, satisfação no trabalho e condições da organização, por um lado, e por outro, as capacidades do trabalhador, suas necessidades, cultura e sua vida pessoal, que podem, através de percepções e experiências, influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho.

Outra definição, agora da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) (2005, citado por Amaro, 2007:572) considera os riscos psicossociais como aspetos relativos ao desenho do trabalho, sua organização e gestão bem como aos seus contextos sociais e ambientais, que podem causar danos de tipo físico, social ou psicológico.

De facto, esses riscos que estão relacionados com a concepção, organização e gestão do trabalho, bem como o contexto económico e social, trouxeram um aumento do nível de stresse, podendo originar uma grave deterioração da saúde mental e física. Estudos realizados em 2005, constaram que mais de 20% dos trabalhadores da União Europeia acreditavam que a sua saúde estava em risco devido ao stresse relacionado com o trabalho. Estes riscos de segurança e saúde dos trabalhadores emergentes, são definidos pela AESST (2007) como qualquer risco simultaneamente novo e que está a aumentar, considerando-se que o risco não existia anteriormente e surge devido a novos processos, novas tecnologias, novos tipos de local de trabalho, ou pelas transformações sociais ou organizativas. Considerando-se ainda que é um risco que está a aumentar, se o número de perigos ou a probabilidade da exposição aos perigos estiver a aumentar, ou se os efeitos dos perigos sobre a saúde dos trabalhadores se estiverem a agravar.

Estudo realizado pela AESST em 2007, no sentido de reconhecer os riscos novos e emergentes, revelaram que os riscos psicossociais resultam frequentemente de transformações técnicas ou organizacionais, bem como de transformações socioeconómicas, demográficas e políticas que acompanham o atual fenómeno da globalização. No estudo realizado foram identificados os fatores de risco mais frequentes, que podem levar a um aumento do stresse profissional e afetar a segurança e saúde dos trabalhadores, englobando estes cinco áreas (AESST, 2007), nomeadamente:

- a) Novas formas de contratos de trabalho (precários) e insegurança no emprego;
- b) A mão-de-obra em envelhecimento (aumento da idade da reforma);
- c) Intensificação do trabalho (sobrecarga de trabalho);
- d) Exigências emocionais elevadas no trabalho (violência e intimidação psicológica ou física);
- e) Dificil conciliação entre a vida profissional e a vida privada.

Embora seja comum em todas as áreas e sectores de atividade, a incidência de stresse, violência e intimidação no local de trabalho, é maior nos sectores da saúde, dos serviços e dos transportes, podendo levar à perda de autoestima, ansiedade, depressão e até mesmo ao suicídio (SLIC, 2012).

Na origem do aumento de stresse no trabalho, encontramos vários fatores, como o aumento da flexibilidade e da precariedade do emprego, a intensificação do trabalho e os problemas de relações no meio de trabalho, como a humilhação (*bullying*) e o assédio psicológico (*mobbing*), que poderão desempenhar um papel importante ao nível da saúde, absentismo e desempenho dos trabalhadores. Para além destas implicações, o stresse poderá originar lesões músculo-esqueléticas, bem como outras doenças como a hipertensão, úlceras gástricas e doenças cardiovasculares. As influências do stresse poderão notar-se também fora do local de trabalho, como a violência, o abuso de drogas, de tabaco e de álcool e uma tensão ao nível das relações familiares e pessoais. As implicações que podem advir deste problema, resultarão num custo que poderá ser considerável do ponto de vista do sofrimento humano, bem como o peso económico que pode representar para o indivíduo e para a sociedade (OIT, 2010).

Estudos realizados em países europeus e em outros países desenvolvidos revelaram que o stresse encontra-se na origem de 50% a 60% do total de dias de trabalho perdidos, tendo sido considerado a segunda causa mais frequente nos problemas de saúde relacionados com o trabalho, atingindo 22% dos trabalhadores europeus em 2005 (OIT, 2010).

Perante a constatação de estes factos, existem empresas que reconhecem o stresse como um problema no local de trabalho, ajudando os seus trabalhadores a identificar e a tratar o problema de raiz. No sentido de prevenir o stresse no trabalho várias investigações e intervenções têm sido efetuadas, com vista a encontrarem-se meios inovadores para fazer face ao problema. Sendo fundamental o investimento na avaliação das condições e práticas nacionais para se obter um retrato fiel deste fenómeno e para se melhorar os métodos de prevenção (OIT, 2010).

1.1. Avaliação e Prevenção de Riscos Psicossociais

Na União Europeia, todos os anos centenas de milhares de trabalhadores se lesionam no trabalho, enquanto outros entram de baixa por motivos de stresse, sobrecarga de trabalho, lesões músculo-esqueléticas ou outras doenças ou até mesmo a morte relacionada com o trabalho. Todas as repercussões que daí advêm, para os próprios trabalhadores e suas

famílias, este tipo de acontecimentos consomem inúmeros recursos dos sistemas de saúde e afetam a produtividade das empresas (AESST, 2008).

A implementação de sistemas de gestão de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) completos, será fundamental para a correta avaliação e gestão dos fatores psicossociais, tal como acontece com os outros riscos para a SST. Com esse propósito, implementar medidas de prevenção específicas será essencial para reduzir as potenciais consequências do stress relacionado com o trabalho (OIT, 2010).

A avaliação de riscos, segundo a AESST (2003), é “uma análise cuidadosa das situações que poderão prejudicar as pessoas, de modo a poder decidir se foram tomadas as precauções suficientes ou se é necessário fazer mais para prevenir danos”. Com isto, pretende-se em primeiro avaliar os riscos antes de implementar informações sobre boas práticas, o que poderia levar a um não controlo dos riscos e desperdício de recursos. Sendo assim fundamental em cada local de trabalho, uma avaliação de riscos em determinada situação em particular, resultando em soluções adaptadas a cada caso particular.

Esta análise sistemática procura identificar aquilo que é susceptível de causar lesões ou danos, bem como procurar possibilidades de os perigos serem eliminados ou identificar medidas de prevenção ou proteção que existem ou deveriam existir para controlar os riscos (AESST, 2008).

Assim, procurando uma gestão eficaz da segurança e saúde no trabalho, a realização da avaliação de riscos, tem como objetivo reduzir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, pretendendo melhorar a segurança e saúde dos trabalhadores, bem como o desempenho das empresas (Amaro, 2013).

Preconiza-se que a avaliação de riscos, seja realizada em cinco etapas, tal como recomenda a AESST (2008), entre as quais:

1. Identificação dos perigos e das pessoas em risco;
2. Avaliação e priorização dos riscos;
3. Decisão sobre medidas preventivas;
4. Adopção de medidas;
5. Acompanhamento e revisão.

Assente nestas premissas, a União Europeia definiu medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e saúde no trabalho, através da Diretiva Quadro nº 89/391/CEE, de 12 de Junho, alterada pela Diretiva Quadro nº 2007/30/CE, que foram transpostas para a ordem jurídica interna pela Lei nº102/2009 de 10 de Setembro, que define o regime jurídico da segurança e saúde no trabalho.

No art.º 5º da referida Lei, refere que o trabalhador tem direito à prestação de trabalho em condições que respeitem a sua segurança e a sua saúde, asseguradas pelo empregador, referindo no ponto 3 que: “A prevenção dos riscos profissionais deve assentar numa correta e permanente avaliação de riscos e ser desenvolvida segundo princípios, políticas, normas e programas que visem, nomeadamente” (...) ”o incremento da investigação técnica e científica aplicadas no domínio da segurança e da saúde no trabalho, em particular no que se refere à emergência de novos factores de risco”.

Estão previstas na lei as obrigações gerais do empregador, especificamente no art.º 15º, que preveem que:

“1 — O empregador deve assegurar ao trabalhador condições de segurança e de saúde em todos os aspectos do seu trabalho;

2 — O empregador deve zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da atividade em condições de segurança e de saúde para o trabalhador, tendo em conta os seguintes princípios gerais de prevenção:”

(...)

“d) Assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos factores de **risco psicossociais** não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador;

e) Adaptação do trabalho ao homem, especialmente no que se refere à concepção dos postos de trabalho, à escolha de equipamentos de trabalho e aos métodos de trabalho e produção, com vista a, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os **riscos psicossociais**”.

Como podemos constatar, também a lei portuguesa prevê um conjunto de obrigações que o empregador tem que cumprir, zelando pela segurança e saúde dos trabalhadores, também no que diz respeito aos riscos psicossociais a que estes estejam expostos.

Uma avaliação e prevenção de riscos psicossociais adequada é sem dúvida fundamental para reduzir o stresse no trabalho, motivo de preocupação na união europeia já que afeta quase um em cada três trabalhadores. Calcula-se que o stresse ocupacional resulte num gasto de pelo menos vinte biliões de euros anuais nos estados-membros.

As intervenções sobre as questões psicossociais no local de trabalho podem ser vistas em três categorias, nomeadamente: a nível individual, a nível organizacional e a nível individual-organizacional. Especificando, a nível individual a intervenção destina-se a reduzir os sintomas de stresse evidenciados, aumentar a capacidade do indivíduo para combater o stresse, com a utilização de técnicas de relaxamento ou outras. Ao nível organizacional, a intervenção situa-se ao nível das causas na origem do stresse, podendo a intervenção centrar-se em alterações na estrutura da organização ou nos fatores físicos ou ambientais. Ao nível individual-organizacional, a intervenção poderá, como exemplo, centrar-se na melhoria das relações entre os colegas e os gestores, ou na melhoria da adaptação pessoa-ambiente (AESST, 2003).

Tal como nos outros riscos relacionados com a segurança e saúde no trabalho, a prevenção é a forma mais eficaz de abordar os riscos psicossociais no local de trabalho, sendo fundamental dispor de um plano e antecipar os problemas. São vastos os benefícios da gestão dos riscos psicossociais, traduzindo-se em maior bem-estar e satisfação no trabalho para os trabalhadores e mão-de-obra saudável, motivada e produtiva para os quadros dirigentes. Para as organizações, a redução do stresse laboral poderá traduzir-se numa melhoria global do desempenho, na redução do absentismo, presentismo, das taxas de acidentes e lesões e numa maior retenção dos trabalhadores em atividade. Em última análise, a redução dos custos e dos encargos para os indivíduos e para a sociedade em geral são benefícios de grande valor (AESST, 2015).

1.2. A Organização do Trabalho

A organização do trabalho está estreitamente ligada ao surgimento de riscos psicossociais, pois são os fatores organizacionais que influenciam as condições de trabalho. Esses fatores de riscos da organização, provêm de várias valências nomeadamente a monotonia, ritmo de trabalho, horários, comunicação e informação, tipo de liderança, participação, identificação

com a tarefa, iniciativa, estabilidade de emprego, nível de automatização e relações interpessoais (Freitas, 2016).

As mudanças da organização do trabalho nos últimos anos, tem trazido alterações ao nível dos sistemas de produção que passaram de sistemas fixos para um processo flexível de desenvolvimento organizacional, procurando a melhoria da produtividade, qualidade e das condições de trabalho. A nova cultura das empresas encontra-se direccionada ao cliente, para as novas tecnologias de informação, para o desenho participativo de produtos e processos, para estruturas mais flexíveis em que existe diversificação de tarefas, qualificações elevadas e participação dos trabalhadores. Pretende-se nestas empresas que através do planeamento de tarefas em cada posto de trabalho, os trabalhadores atinjam a motivação, autonomia e satisfação profissional indispensável, proporcionando o reconhecimento social de forma a criar um equilíbrio saudável entre a sua vida pessoal e profissional (Freitas, 2016).

De forma a prevenir os riscos laborais ao nível da empresa, Quick (1997, cit. in Freitas, 2016:676) propõe a implementação de medidas, tais como:

- “Novo desenho do posto de trabalho reorganizando uma ou mais dimensões essenciais do trabalho com a finalidade de melhorar a adequação entre a pessoa e o posto;
- Gestão participativa, através do aumento da margem individual de manobra e da autonomia do trabalho;
- Horários de trabalho flexíveis, como meio de adaptação das condições estruturais de trabalho, para valorizar o controlo e a margem de manobra do indivíduo;
- Desenvolvimento da carreira profissional, dirigida ao crescimento e ao desenvolvimento pessoais, mediante a autoavaliação e a análise das possibilidades que existem na empresa;
- Desenho dos fatores físicos do posto de trabalho”.

Ao nível do conteúdo do trabalho, são vários os fatores que aqui podemos encontrar, que poderão influenciar o desempenho e saúde dos trabalhadores, bem como a produtividade, que passam por: monotonia e repetição, motivação, autonomia, ritmo de trabalho, quantidade de trabalho, responsabilidade, automatização e grau de atenção (Freitas, 2016). Todos estes fatores de risco, inerentes ao posto de trabalho, poderão ser minimizados se houver um enriquecimento do próprio posto de trabalho, procurando a promoção de medidas que contrariem os aspetos negativos de cada fator de risco.

Segundo o “Modelo das Caraterísticas do Trabalho” de Hackman e Oldham (1980, cit. in Cordeiro & Pereira, 2006), uma intervenção nas caraterísticas e conteúdo do trabalho, terá um impacto, maior ou menor, na satisfação do sujeito, consoante a necessidade de desenvolvimento apresentada pelo mesmo. Neste modelo consideram-se cinco dimensões do trabalho, nomeadamente: a variedade (quando um determinado trabalho é composto por várias tarefas, e o trabalhador apresenta diferentes habilidades para o seu exercício), a identidade (desenvolvimento de um trabalho desde o início até à sua conclusão por um sujeito com um resultado concreto), o significado da tarefa (impacto do resultado na atividade ou na vida das pessoas), a autonomia (grau de independência dado ao sujeito para o planeamento do seu trabalho, exigindo responsabilidade) e o feedback (informação dada ao sujeito em relação aos resultados do seu trabalho). Estas cinco dimensões são responsáveis por três estados psicológicos críticos: a percepção do significado, a percepção da responsabilidade pelos resultados e o conhecimento dos resultados do trabalho, pelo que, quanto maior for a percepção do sujeito em relação ao seu trabalho, maior será a motivação e satisfação do mesmo.

Ao nível da organização do tempo de trabalho, é sem dúvida um dos aspetos que mais influencia a atividade laboral, pois o número de horas trabalhadas pode afetar a qualidade de vida no trabalho e extralaboral. Desta forma, os horários terão de ser planeados e definidos atendendo ao equilíbrio físico, mental e social do trabalhador, pois não se pode apenas pensar na sua capacidade de rendimento ao executar a tarefa mas também na sua recuperação, bem como na sua vida pessoal, social e familiar.

Um número excessivo de horas a trabalhar pode trazer problemas como: fadiga, stresse, doenças cardiovasculares, diminuição do rendimento laboral, aumento do risco de acidentes e doenças. Assim, quando falamos em trabalho, não podemos esquecer o descanso, pois é fundamental o cumprimento de horas de sono reparador.

Tendo em conta o ritmo circadiano, a atividade laboral deveria desenvolver-se durante o dia para o indivíduo poder descansar durante a noite, fazendo conciliar a atividade laboral e a atividade fisiológica. No entanto, em algumas atividades, nomeadamente na área da saúde em cuidados hospitalares, foi necessário alargar o horário de trabalho estabelecendo trabalho por turnos, contemplando o trabalho no período noturno.

Segundo o Código do Trabalho (CT), trabalho por turnos define-se como: “qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas” (Art.º 220º, CT).

O trabalho por turnos, constitui “uma forma de organização do trabalho na qual equipas independentes trabalham sucessivamente para alcançar a continuidade de uma modalidade de produção ou serviço” (Freitas, 2016:682). No entanto, poderemos ter três formas de organização do trabalho, nomeadamente: o sistema descontínuo, em que há interrupção à noite e ao fim de semana; o sistema semicontínuo, em que se labora em três turnos, manhã, tarde e noite, interrompendo ao fim de semana; e o sistema contínuo, em que não há interrupção na atividade laboral, incluindo os três turnos, incluindo trabalho noturno. O trabalho por turnos ainda poderá ser de forma fixa ou rotativa, em que o turno fixo é aquele em que o trabalhador se encontra sempre no mesmo turno, enquanto que o trabalho por turnos rotativos é o trabalho desenvolvido em diferentes horários, com maior ou menor alternância.

É importante referir que o trabalho por turnos e o trabalho noturno tem implicações de diversa ordem, tais como:

- “Alterações do ritmo biológico – o trabalho por turnos, especialmente o trabalho noturno, força o trabalhador a inverter o seu ciclo normal de atividade – descanso;
- Alterações do sono – quer na quantidade de horas dormidas, quer na qualidade;
- Alterações da vida social – dificuldades nas relações sociais devido à falta de simultaneidade dos períodos de repouso com os demais indivíduos;
- Alterações digestivas – decorrentes do facto de a alimentação não ocorrer em horários coincidentes com os seus ritmos circadianos;
- Alterações a nível da fadiga – a ausência de recuperação da fadiga física e mental pode produzir uma fadiga crónica, desencadeadora de distúrbios nervosos;
- Alterações na vida profissional – para o trabalhador com turnos rotativos, a alteração dos ritmos circadianos pode afetar a concentração e a motivação e retardar o tempo de reação, em particular durante a noite, com o inerente acréscimo do risco de sofrer acidentes ou lesões” (Freitas, 2016:682).

De modo a evitar o aparecimento destes fenómenos, as empresas devem implementar medidas para tentar minimizar os efeitos que o trabalho por turnos pode trazer, bem como organizar atividades de segurança e saúde no trabalho de forma a que os trabalhadores por turnos beneficiem de um nível de proteção em matéria de segurança e saúde adequado à natureza do trabalho que exercem (Art.º 222º/1, CT).

2. Stresse

A primeira definição de stresse surgiu com Selye em 1936 que considera o stresse uma “síndrome geral de adaptação” na qual o organismo procura readquirir a homeostase perdida perante certos estímulos. Posteriormente, o mesmo autor em 1965, refere que o stresse é constituído por três fases que englobam a fase de alerta, resistência e exaustão. A primeira fase – fase de alerta – surge no momento em que a pessoa se depara com a fonte stressora, desequilibrando-se internamente, apresentando sensações de sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante e picos de hipertensão. A segunda fase – fase de resistência – em que o organismo tenta recuperar do desequilíbrio sofrido, ocorrendo um gasto de energia que pode originar cansaço excessivo, problemas de memória e dúvidas quanto a si próprio. Se o equilíbrio não se readquirir, evolui-se para a terceira fase – fase de exaustão – surgindo de novo sintomas da primeira fase mas de uma forma mais intensa, existindo um grande comprometimento físico que se manifesta em forma de doenças (Malagris & Fiorito, 2006).

Segundo Lipp e Malagris (2001, cit. in Oliveira, 2006:14), o stresse define-se como:

“uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante. Nosso enfoque é na resposta do organismo a um estímulo mediado pela interpretação que lhe é dado. Esse estímulo, interpretado como desafiador, provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. A necessidade de adaptação exige a emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o stresse, ou seja, as suas estratégias, adequadas ou não, de enfrentamento”.

É crescente a utilização da palavra stresse, associando-a a sensações de desconforto e cada vez mais o número de pessoas que se definem como “stressadas”, relacionando este conceito como uma imposição da sociedade atual, levando a uma diminuição da qualidade de vida. De facto, relaciona-se o stresse a algo negativo, no entanto, segundo Labrador (1992, cit. in Santos & Teixeira, 2009) o stresse em quantidades e condições adequadas pode ser fundamental para que se tenha uma vida satisfatória, mas se for em excesso pode ser desagradável ou biologicamente nefasto.

Segundo Selye (1985, cit. in Castro & Santos, 1998), existem dois tipos de stresse, nomeadamente: o eustresse ou stresse saudável, que é benéfico e construtivo; e o distresse ou stresse disfuncional, que é prejudicial e nocivo.

Num estado de eustresse, o indivíduo vivencia o stresse de forma saudável, visto que se encontra motivado pelos desafios profissionais, respondendo de forma produtiva, levando a sentimentos de realização e bem-estar. Enquanto que no estado de distresse, o indivíduo encontra-se numa situação de não cumprimento das exigências da tarefa e outras solicitações, que podem dar origem a insatisfação, cansaço e doenças físicas, psíquicas, entre outras (Freitas, 2016).

Para além destes dois tipos de stresse, Freitas (2016) admite serem três os tipos de stresse, considerando como o terceiro: esgotamento ou *burnout*, já que o indivíduo encontra-se numa situação de total exaustão física, mental e emocional, condicionando fortemente a realização de tarefas mais elementares do quotidiano, originando um estado de depressão e de fadiga física graves.

Em relação aos agentes stressores, são aqueles que interferem no equilíbrio homeostático do organismo, podendo ter um carácter físico, cognitivo ou emocional, pelo que o stresse surge como resposta a esse estímulo, procurando retornar ao estado de equilíbrio ou homeostase inicial. Dentro dos três tipos de stressores, os stressores físicos provêm do ambiente externo, na forma de ruídos, frio ou calor intenso/persistente, acidentes, fome, dor, excesso de exercício físico, alimentação pesada, utilização de drogas, entre outros; os stressores cognitivos, são vistos como ameaçadores à integridade do indivíduo (físico ou psicossocial) como exemplo a vivência de um assalto, envolvimento numa discussão, seleção a um emprego, exames, entre outros; os stressores emocionais, envolvem sentimentos como perda, medo, raiva, ou acontecimentos como casamento, divórcio, mudanças (de casa, escola, cidade, etc.), situações em que o componente afetivo se faz mais proeminente (Benevides-Pereira, 2002).

No entanto, a resposta ao stresse varia de indivíduo para indivíduo, na medida em que, um determinado acontecimento, pode deixar um indivíduo muito perturbado e outro indiferente, sendo que algumas circunstâncias, pelas suas características, apresentem uma maior probabilidade de se tornarem nocivas para qualquer indivíduo, a resposta à mesma

pode variar muito de caso para caso (Vaz Serra, 2000). Segundo Lazarus (1999) (cit. in Vaz Serra, 2000:267) “a existência de diferenças individuais tão acentuadas significa que a ocorrência só por si, é insuficiente para definir o que é stress. (...) o significado construído pela pessoa sobre o que está a acontecer é o factor crucial que leva à ativação das respostas de stress”.

2.1. Stresse no trabalho

O stress relacionado com o trabalho tem vindo a ser uma área de crescente interesse no domínio científico pois deste advêm custos e efeitos quer a nível individual, quer a nível organizacional, ocupando o segundo lugar entre os problemas de saúde mais frequentes relacionados com o trabalho, já que afeta 28% dos trabalhadores da União Europeia.

O stress ocupacional surge quando as exigências do ambiente de trabalho excedem a capacidade do trabalhador de fazer face a essas exigências, sendo aqui o foco as causas relacionadas com o trabalho e nas medidas de controlo necessárias (AESST, 2000).

De um modo geral, no ambiente profissional, os indivíduos são expostos a uma série de estímulos que podem contribuir significativamente para o aparecimento de um conjunto de sintomas que são classicamente associados ao stress ocupacional. Esses estímulos são: estímulos físicos (por exemplo: ruído, temperatura, tarefas repetitivas, entre outros) e psicossociais (por exemplo: o medo de punições ou perda do emprego, alegria ou desafio de uma promoção, conflitos interpessoais, competição com colegas, regras de trabalho contraditórias), que, com frequência, exigem do indivíduo respostas adaptativas incompatíveis com a sua condição física, padrão cognitivo e/ou repertório comportamental (Elfering et al., 2005; Gellis, Kim e Hwang, 2004; Von Onciul, 1996, cit. in Cardoso, Hatamoto, Santos & Suehiro, 2008).

A OIT considera o stress ocupacional como resultante da organização do trabalho, desenho do trabalho e relações laborais, e ocorre quando as exigências do trabalho não combinam ou excedem as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador, ou quando os conhecimentos e competências individuais ou do grupo não coincidem com as expectativas da cultura organizacional (ILO, 2016).

Segundo Cooper, em 1993, stresse ocupacional define-se como “um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações” (Coelho, 2010:28).

Segundo Seegers e Van Elderen (1996, cit. in Balassiano, Pimenta & Tavares, 2011:754), o stresse ocupacional é: “resultante da percepção sobre a discordância entre as exigências da tarefa e os recursos pessoais para cumprir as ditas exigências. Uma pessoa pode sentir esta discordância como desafio e, em consequência, reagir dedicando-se à tarefa. Caso contrário, se a discordância é percebida como ameaçadora, então o trabalhador enfrentar-se-á com uma situação stressante negativa, que pode conduzi-lo a evitar a tarefa.”

Dentro das várias perspectivas com que se vem estudando o stresse, atualmente a perspectiva melhor aceite é a que se refere ao stresse como um estado psicológico, que é parte constituinte e reflete um processo de interação entre a pessoa e o seu ambiente. Dentro desta perspectiva psicológica, existem duas variantes que mais se destacam, as teorias interacionais e as transacionais. As teorias transacionais relacionam-se com as interacionais, representando um desenvolvimento destas.

As teorias interacionais têm como base as características estruturais da interação da pessoa com o seu ambiente de trabalho. Dentro destas teorias, encontramos a teoria de adequação entre o indivíduo e o seu trabalho, que considera o stresse ocorre quando as atitudes e capacidades do trabalhador não acompanham as exigências do trabalho ou quando este não corresponde às necessidades do trabalhador (Jex; Spector, 1996; Bosma; Marmot, 1997) cit. in Leite & Uva, 2007). Outra teoria interacional, designa-se por modelo exigências–controlo no trabalho, desenvolvida inicialmente por Karasek em 1979 e desenvolvido por Johnson que adicionou outra dimensão relacionada com o suporte social no trabalho, tem como finalidade caracterizar o trabalho em função da combinação entre as exigências do trabalho e a capacidade de controlo por parte do trabalhador (Leite & Uva, 2007).

As teorias transacionais baseiam-se nos processos cognitivos e nas reações emocionais que acompanham a interação do indivíduo com o seu meio. Estas teorias consideram o stresse um estado psicológico negativo, que envolve os aspetos cognitivos e emocionais, verificando-se uma variabilidade nas reações dos indivíduos, surgindo diferenças maiores

em pequenos acontecimentos do que em grandes acontecimentos (Serra, 1999 cit. in Leite e Uva, 2007).

Segundo Lazarus, o stresse é visto como a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo indivíduo e a resposta fisiológica e psicológica que o próprio desencadeia perante aquela, tendo em conta a sua percepção relativa às exigências do meio e da avaliação que faz das suas capacidades para enfrentar essas exigências. Essa avaliação tem duas componentes, primária e secundária, em que a avaliação primária envolve a monitorização da transação da pessoa com o seu ambiente centrando-se na questão da existência de um problema acompanhado por emoções desagradáveis e desconforto generalizado. Na avaliação secundária a análise é mais detalhada e gera possíveis estratégias para lidar com o problema, designadas por processo de *coping*, e que constitui parte importante em todo o processo de gestão do stresse (Leite e Uva, 2007).

Os principais fatores de risco de stresse ligados ao trabalho, considerados pelo Health and Safety Executive (2001, cit. in Freitas, 2016) são: a cultura organizacional, exigências, relacionamento no trabalho, mudança, ambiguidade acerca do papel desempenhado e formação.

Como fontes de stresse, Cooper e Marshall (1976, cit. in Balassiano et al, 2011) definiram cinco como as principais fontes de stresse organizacional, nomeadamente: fatores intrínsecos ao trabalho, papel na organização, desenvolvimento de carreira, relacionamentos no trabalho e estrutura e clima organizacional.

Segundo Leite e Uva (2007), existem várias características do ambiente e da organização do trabalho que podem constituir possíveis fatores de risco psicossocial, apontando assim para a cultura organizacional e a função, ambiguidade de papel, o conflito de papéis, funções atribuídas insuficientes, o encargo por pessoas, a insegurança no trabalho, a falta de participação na tomada de decisão, as deficientes relações com os superiores, subordinados ou colegas, a exposição à violência no trabalho, a relação casa-trabalho, o trabalho por turnos e o trabalho noturno.

Não nos podemos ainda esquecer de outros fatores não laborais como individuais, familiares e sociais que também podem ser fonte de stresse.

As causas do stress relacionado com o trabalho, de um modo geral, estão relacionados com a concepção e gestão da organização do trabalho. Existe um consenso razoável ao nível da investigação, que permite identificar os perigos psicossociais do trabalho admitidos como stressantes e/ou potencialmente nocivos, sendo possível esquematizar num quadro dez categorias de características de trabalho, ambientes de trabalho e fatores organizacionais susceptíveis de constituir um risco e as condições que podem determinar os perigos (cf. Quadro 1).

Categoria	Condições que determinam os perigos
CONTEXTO DO TRABALHO	
Cultura organizacional e função	Falta de comunicação, baixos níveis de apoio na resolução de problemas e no desenvolvimento pessoal, falta de definição dos objetivos organizacionais.
Papel no seio da organização	Ambiguidade e conflito de papéis, imprecisão da definição das responsabilidades dos trabalhadores.
Progressão na carreira	Estagnação na carreira e incerteza, promoção insuficiente ou excessiva, salários baixos, insegurança do emprego, baixo valor social do trabalho.
Liberdade da decisão / controlo	Falta de participação no processo de decisão, falta de controlo no trabalho (o controlo, em especial sob a forma de participação, faz também parte do contexto e pode ser considerado como uma questão organizacional mais lata).
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento social ou físico, relações deficientes com os superiores, conflitos interpessoais, falta de apoio social.
Relações vida privada - trabalho	Incompatibilidade das exigências trabalho/vida privada, falta de apoio em casa, duplos problemas de carreira.
CONTEÚDO DO TRABALHO	
Ambiente laboral e equipamento	Problemas com a fiabilidade, disponibilidade, adequação e manutenção ou reparação do equipamento e das instalações.
Concepção da tarefa	Falta de variedade ou ciclos de trabalho curtos, trabalho fragmentado ou menor, subutilização das competências, alto nível de incerteza.
Volume/cadência de trabalho	Sobrecarga de trabalho ou quantidade de trabalho insuficiente, falta de controlo sobre a cadência, altos níveis de pressão relativamente aos prazos acordados para as tarefas.
Horários de trabalho	Trabalho por turnos, horários rígidos, horas imprevisíveis, períodos longos ou fora do normal.

Fonte: AESST, 2000

Quadro 1 - Características Stressantes do Trabalho

O stresse relacionado com o trabalho pode trazer repercussões tanto para a organização como para o indivíduo. Para a organização poderão surgir sintomas ao nível da participação como o absentismo, elevado nível de rotação do pessoal, desrespeito do horário de trabalho, problemas disciplinares, assédio, comunicação agressiva, isolamento; ao nível do desempenho, poderá surgir diminuição da produção ou da qualidade do produto ou do serviço prestado, acidentes, deficiente tomada de decisões e erros; ao nível de custos, despesas maiores com compensações ou despesas de saúde mais elevadas, recurso aos serviços de saúde. Para o indivíduo, ao nível do comportamento, poderão haver problemas de consumo de álcool, tabaco ou drogas, violência, assédio moral; ao nível de transtornos psicológicos, ansiedade, depressão, impossibilidade de concentração, irritabilidade, problemas no relacionamento familiar, transtorno do sono, esgotamento; ao nível da saúde, problemas lombares, problemas cardíacos, úlceras pépticas, hipertensão arterial, sistema imunológico debilitado (AESST, 2002a).

Verificando todos estes problemas que podem advir do stresse no trabalho quer para o trabalhador quer para as organizações, é fundamental a gestão de stresse nas organizações, no sentido de maximizar a eficácia organizacional, como também para o gestor de recursos humanos conseguir atrair, manter e incentivar ao desenvolvimento das pessoas nas organizações (Câmara, Guerra & Rodrigues, 2003).

2.2. Stresse na Prática de Enfermagem

O sector da saúde é um dos mais representativos da população ativa da união europeia, constituindo cerca de 10% de todos os trabalhadores e dentro destes o maior numero encontra-se no meio hospitalar, apresentando uma assimetria em termos de género, pelo que cerca 80% dos trabalhadores são mulheres (AESST, 2009).

As atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiógenas, tendo como origem as prolongadas jornadas de trabalho e o número limitado de profissionais, bem como o desgaste psicoemocional nas tarefas (Grubits & Guimarães, 2004).

Tal como refere a OIT, o sector da saúde é dos sectores onde existe maior prevalência de stresse ocupacional. A ocorrência deste fenómeno pode ter várias explicações, entre as quais, segundo Lautert (1997, cit. in Carlotto & Rosa, 2005:3) “rápido desenvolvimento

tecnológico, a divisão e expansão das especialidades médicas, que determinam o hospital como um complexo sistema de divisão do trabalho, com elevada hierarquia de autoridade, com canais formais de comunicação e um grande conjunto de regras e normas no seu funcionamento. Assim, existem neste contexto duas linhas paralelas de autoridade: a administrativa e a profissional, sendo frequentemente o aparecimento de conflitos devido a diferentes conjuntos de valores” (...) “gerador de ansiedade e stresse, que pode contribuir para a baixa motivação profissional em profissionais de saúde”.

De facto, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, representam uma classe onde se vivenciam elevados níveis de pressão e stresse. Vários estudos têm vindo a ser realizados no sentido de identificar os potenciais efeitos negativos na saúde e bem-estar destes profissionais, que se manifestam por menor satisfação, mais queixas de natureza física e psicológica e maior absentismo (Cabanelas, Cruz & Gomes, 2009).

O papel do enfermeiro centra-se na pessoa, tal como podemos encontrar na definição de Enfermagem no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que refere que a “enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo da ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996).

Ser enfermeiro, tal como afirmam Santos e Teixeira (2009:372) significa: “ter como agente de trabalho o Homem, e como sujeito da ação, o próprio Homem. Há uma estreita ligação entre o trabalhado, e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doença”.

No seu quotidiano, é habitualmente solicitado aos enfermeiros, o desempenho de diferentes e variadas tarefas, por vezes pretendidas para o mesmo tempo e todas em tempo útil. Noutras vezes, a falta de clareza quanto às tarefas a desempenhar, o desconhecimento de algumas delas, a pressão exigida para que todos os cuidados sejam eficazes e prontamente prestados, a necessária, exigente e rápida tomada de decisão, são sem dúvida agentes de stress que em algumas situações se podem tornar patológicas (Alves, 2011).

De facto, o quotidiano do enfermeiro é de grande exigência, vivido intensamente do ponto de vista emocional, em situações altamente stressantes, pois é da vida das pessoas que se trata. O próprio doente, tal como afirma McIntyre (1994:195) “vem à consulta médica ou está num serviço de saúde porque a sua saúde e bem-estar estão ameaçados, trazendo consigo sentimentos de insegurança, medo e ansiedade, e a expectativa do doente é de que o profissional de saúde o conforte, compreenda o seu sofrimento e o alivie de alguma forma”. Deste contato, poderão surgir problemas e conflitos, exigindo aos enfermeiros o desenvolvimento de competências para lidar com este tipo de situações.

No mesmo sentido, Pitta (1994, cit. in Grubits & Guimarães, 1999:178) observou que “a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios na equipa de enfermagem: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir tais sentimentos, inclusive inveja ao próprio cuidado oferecido ao paciente”.

Assim, para fazer face a estes factos, tal como afirma Zurriaga et al (1995, cit in Martins, 2003), o enfermeiro deve “possuir uma elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando, ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resultam não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio”.

Estudos realizados em Portugal, especificamente nos enfermeiros, revelam que o stress ocupacional apresenta níveis relativamente altos, aproximando-se de 50% dos enfermeiros que já vivenciaram stress, com maior índice no sexo feminino, nos enfermeiros mais novos e com menos experiência, nos contratos a prazo, bem como nos que trabalham por turnos ou mais horas. Em relação aos fatores de pressão, os principais são “lidar com os clientes” e o “excesso de trabalho” (Costa & Santos, 2013).

A importância destes estudos, ainda pouco desenvolvidos em Portugal, justifica-se pelo facto de que as consequências negativas do stress podem influenciar a qualidade e eficácia do desempenho destes profissionais, possuindo um impacto decisivo na saúde dos doentes, na medida em que uma tomada de decisão errada no tratamento ou ajuda, poderá determinar o sucesso ou não da intervenção, condicionando o estado do doente, podendo em casos limite levar à sua morte.

De facto, o sector da saúde apresenta fatores de risco psicossocial caraterísticos (McNeely, 2005; Cox e Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009) que segundo a AESST são:

- “expectativas elevadas, que contrastam a insuficiência de tempo, competências e apoio social;
- confronto com o sofrimento;
- tratamento de moribundos;
- urgências;
- exposição a acontecimentos traumáticos;
- queixas e litígios” (AESST, 2009:2).

Um estudo efetuado por Gray-Toft e Anderson (cit. in Coelho, 2010), refere que os enfermeiros têm como principais situações indutoras de stresse: a sobrecarga de trabalho e o facto de não se sentirem suficientemente preparados para lidar com as exigências emocionais dos doentes e família. A sobrecarga de trabalho está relacionada com fatores organizacionais como o conflito, a ambiguidade de papel e o nível de responsabilidade que não é acompanhada pela possibilidade de tomar ou influenciar decisões, aumentando o stresse envolvido.

Segundo Healy e McKay, tal como para Stacciarini e Trócoli (cit. in Santos & Teixeira, 2009) os fatores de stresse relacionados com a profissão de enfermagem prendem-se com problemas de comunicação com a equipa, aspetos inerentes à unidade, a assistência prestada, a interferência do trabalho na vida pessoal e familiar, a própria atuação do enfermeiro, a carga de trabalho, os conflitos internos e a indefinição do papel profissional.

Duquette e Delmas (cit. in Santos e Teixeira, 2009) referem que, segundo estudos epidemiológicos europeus e canadianos, o stresse profissional dos enfermeiros adquire uma dimensão importante pois cada vez mais se fala em exaustão por parte destes profissionais, atingindo cerca de um quarto dos enfermeiros em hospitais gerais.

Para Calhoun e para Greenberg (cit. in Martins, 2003) existem agentes específicos de stresse relacionados com reações adversas ao trabalho em ambiente hospitalar, nomeadamente: “a sobrecarga de trabalho (física e mental); insegurança do trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho; ambiguidade de papéis; trabalhar em domínios desconhecidos, servir uma população que vive ansiedade e medo; não

participação nas decisões ou planeamento; responsabilidade por outras pessoas e subaproveitamento das suas capacidades; recursos inadequados; ambições não satisfeitas, conflito interpessoal e mudanças tecnológicas, entre outros aspetos”.

Num estudo desenvolvido por Santos e Teixeira (2009) em que se pretendia identificar as situações do quotidiano profissional dos enfermeiros sentidas como stressantes, concluíram que a principal causa de stress profissional é “lidar com a morte”, existindo ainda outras causas como a carga de trabalho, a incerteza quanto aos tratamentos, lidar com as necessidades emocionais de doentes e familiares, conflitos entre grupos profissionais, nomeadamente os médicos.

Segundo Bianchi (1990, cit. in Grubits & Guimarães, 2004:177), classifica as fontes de pressão de stress, em cinco grandes grupos, nomeadamente:

- “parte administrativa – conflitos de papéis, falta de definições de responsabilidade, sobrecarga de trabalho, mudanças constantes de unidades, rotação de horários de serviço, sistema de plantão, falta de formação ou orientação profissional, subutilização da formação profissional associada à qualificação obtida, falta de participação nas decisões que afetam a prática de enfermagem, salários não condizentes com a responsabilidade assumida e falta de pessoal;
- relacionamento com a equipa médica e de enfermagem – falta de apoio e de suporte social, inexistência de liderança, relacionamentos conflituosos entre médicos e enfermeiros, falta de reconhecimento do trabalho executado e alta competitividade por empregos;
- ambientes – exposição constante a riscos, falta de equipamentos e de estrutura, odores desagradáveis, o próprio ambiente físico das unidades;
- assistência de enfermagem prestada ao doente – interação próxima a doentes com dor, responsabilidade e cuidados com a vida do doente e o confronto permanente com a morte;
- vida pessoal – horários incomuns de trabalho, falta de oportunidade de crescimento pessoal, valores conflitantes entre o profissional e a organização em que atua”.

Especificamente, nos enfermeiros que trabalham em serviços de urgência, Gaspar (1997, cit. in Grubits & Guimarães, 2004) refere uma presença permanente de agressão à saúde física e mental dos enfermeiros, quer pela complexidade de grande número de atos de enfermagem e grau de responsabilidade nas inúmeras decisões, quer pelo contacto com a doença, o sofrimento e a morte, situações estas que ocorrem habitualmente de forma súbita

e brutal nestes serviços, não permitindo o estabelecimento de estratégias de proteção psicológica por parte do enfermeiro. Não podendo esquecer que o tipo de doentes que recorre ao serviço de urgência não teve oportunidade para consciencializar-se e aceitar a sua situação de doente, facto que os torna menos colaborantes, dificultando a sua abordagem, pelo que o enfermeiro se encontra sujeito a agressões psíquicas e físicas.

Numa unidade de emergência, segundo Batista e Bianchi (2006:535), o enfermeiro considera como fonte de satisfação, o facto de que as suas intervenções auxiliarem na manutenção da vida humana, mas por outro lado como principais stressores temos: “numero reduzido de funcionários compondo a equipa de enfermagem; falta de apoio institucional e profissional; carga de trabalho; necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiência por parte dos supervisores; falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço; relacionamento com familiares; ambiente físico da unidade; tecnologia de equipamentos; assistência ao doente e relacionamento com familiares”.

O enfermeiro age, no seu quotidiano, com pouca ou nenhuma consciência do stresse que enfrenta, por isso é imprescindível que conheça o processo de stresse para poder enfrentá-lo adequadamente, pois se isso não acontecer, não haverá resolução, o que poderá levar o trabalhador ao desgaste físico e emocional (Calderero, Corradi-Webster & Miasso, 2008).

Como podemos constatar são vários os autores que identificam o stresse como um problema real que influencia a saúde dos enfermeiros, pelo que justifica-se a pertinência do atual estudo neste contexto específico, pelas consequências que daí podem advir, bem como a forma de as prevenir.

2.3. Burnout

Burnout é um termo antigo, de origem inglesa, que se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, tendo a investigação sobre este problema aumentado exponencialmente na década de 70. Podemos encontrar várias definições de *Burnout*, no entanto os vários autores assinalam a influência direta do mundo do trabalho como condição determinante para este síndrome.

O síndrome de *Burnout* desenvolve-se de forma lenta em resposta ao stresse ocupacional crónico, onde existe uma exposição prolongada e contínua a stressores interpessoais e aos demais fatores de stresse no local de trabalho (Grazziano, 2008).

O caminho do stresse ao *Burnout*, verifica-se no aspecto em que existe uma alteração acentuada de perspectiva, pois há passagem de um plano predominantemente individual para o plano social ou relacional (Benevides-Pereira, 2002).

Segundo Freudenberg (cit. in Santini, 2004:185), *Burnout* define-se como um “sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos, incluindo“ (...) ”comportamentos de fadiga, irritabilidade, depressão, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade”.

O termo *Burnout*, para Gallego e Ríos (1991), refere-se a uma disfunção psicológica que surge com maior frequência entre os trabalhadores cujo trabalho se desenrola diretamente com pessoas, resultando de altos níveis de tensão, frustração e atitudes inadequadas para lidar com situações de conflito, envolvendo um custo pessoal, organizacional e social importante.

Segundo Maslach e Jackson (1981, cit. in Santini, 2004), definem *Burnout* como um síndrome de exaustão emocional e cinismo que ocorre frequentemente entre indivíduos que ocupam um posto de trabalho, existindo um aumento dos sentimentos de exaustão emocional, pelo esgotamento progressivo dos seus recursos emocionais, levando a que os mesmos deixem de ser capazes de se entregar a nível psicológico, desenvolvendo ainda atitudes e sentimentos negativos e cínicos sobre os clientes. Estes mesmos autores referem ainda a existência de três componentes, nomeadamente; a exaustão emocional (sentimento de esgotamento de recursos, tendo como maior causa a sobrecarga e o conflito pessoal nas relações); a despersonalização (tratar os clientes, colegas e a instituição como objetos); e a diminuição da realização pessoal no trabalho (forma de se autoavaliar de forma negativa, as pessoas sentem-se infelizes com elas próprias e insatisfeitas com o seu desenvolvimento profissional).

Para Benevides-Pereira (2002:45), “é a resposta um estado prolongado de stresse, ocorre pela cronificação deste, quando os métodos de enfrentamento falharam ou foram insuficientes” (...) “tem sempre um carácter negativo” (...) “está relacionado com o mundo

do trabalho”. Segundo a mesma autora, “a qualidade do trabalho é comprometida não só pela desatenção e negligência, mas especialmente pela relação entre o profissional e a pessoa a quem presta atendimento ou serviços, com distanciamento, falta de empatia e hostilidade evidenciados” (Benevides-Pereira, 2002:47).

Outros autores como Abranches *et al.* (2005:256) definem *Burnout* como “aquilo que deixou de funcionar por exaustão energética, expresso por meio de um sentimento de fracasso e exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia e recursos que acomete, geralmente, os profissionais que trabalham em contato direto com pessoas”.

São vários os sintomas que podem surgir, que se podem subdividir em quatro grupos, nomeadamente: Físicos, Psíquicos, Comportamentais e Defensivos, tal como podemos ver no seguinte quadro (cf. Quadro 2).

Sintomatologia do <i>Burnout</i>	
Físicos Fadiga constante e progressiva Distúrbios do sono Dores musculares ou osteomusculares Cefaleias, enxaquecas Perturbações gastrointestinais Imunodeficiência Transtornos cardiovasculares Distúrbios do sistema respiratório Disfunções sexuais Alterações menstruais nas mulheres	Comportamentais Negligência ou excesso de escrúpulos Irritabilidade Incremento da agressividade Incapacidade para relaxar Dificuldade na aceitação de mudanças Perda de iniciativa Aumento do consumo de substâncias Comportamento de alto risco Suicídio
Psíquicos Falta de atenção, de concentração Alterações de memória Lentificação do pensamento Sentimento de alienação Sentimento de solidão Impaciência Sentimento de insuficiência Baixa autoestima Labilidade emocional Dificuldade de autoaceitação Astenia, desânimo, disforia, depressão Desconfiança, paranoia	Defensivos Tendência ao isolamento Sentimento de onnipotência Perda do interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer) Absentismo Ironia, cinismo

Fonte: adaptado de Benevides-Pereira (2002:44)

Quadro 2 - Resumo esquemático da sintomatologia do *Burnout*

O surgimento de *Burnout* nos profissionais de saúde, segundo Rodriguez-Marín (1995, cit. in Carlotto & Rosa, 2005:3-4) tem como uma das causas, o facto de que “grande parte do

seu tempo de trabalho é utilizado em contato intenso com outras pessoas, pacientes e seus familiares. Esta relação interpessoal geralmente está acompanhada de sentimentos de tensão, ansiedade, medo e até mesmo de hostilidade encoberta”.

O *Burnout* foi reconhecido pela OMS como um risco ocupacional para profissionais de saúde, educação e serviços assistenciais, podendo levar à doença física e psíquica com repercussões negativas ao nível do trabalho dos profissionais, com consequências nas organizações ao nível do absentismo, aumento de conflitos interpessoais e ao *turnover* (Grazziano, 2008).

As exigências emocionais elevadas a que os profissionais de saúde estão sujeitos, colocam-nos numa posição insustentável por esse motivo e por outro lado a exigência social de que o enfermeiro é sempre enfermeiro fora da instituição hospitalar, contribui para o isolamento emocional e fadiga ocupacional (Mcintyre, 1994).

Os profissionais em *burnout* procuram um maior distanciamento dos clientes, evitando o contato com os mesmos, tratam as pessoas como “coisas”, característica da dimensão da despersonalização. A insatisfação e o *burnout* comprometem assim a qualidade do trabalho realizado, originando conflitos, aumento de erros, falta de humanização no atendimento e insatisfação dos utentes (Grazziano, 2008).

A natureza do trabalho estando vinculada ao cuidado de pessoas em que se encontra sempre presente o conflito vida/morte, em conjunto com as dificuldades económicas e sociais da categoria e da sociedade, expõem o profissional a desenvolver o síndrome de Burnout, levando este à demissão do emprego ou mudança de atividade profissional (Bianchi, 1990).

2.4. Estratégias de Coping

Coping, é um termo que advém do verbo inglês *to cope*, que significa lutar, competir, enfrentar, que segundo Folkman e Lazarus (1984, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998:276), é definido como “um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais”.

Para outros autores como Parkes (1994) e Terry (1994), o *coping* é considerado “um constructo multidimensional que envolve uma grande variedade de estratégias cognitivas e comportamentais que podem ser utilizadas para alterar, reavaliar e evitar circunstâncias stressantes ou para aliviar os seus efeitos adversos” (Tamayo & Trócoli, 2002:39).

Segundo Folkman e Lazarus (1984), o *coping* pode ser visto em dois tipos de estratégias, as centradas no problema e as centradas na emoção. As estratégias centrada no problema, tem como objetivo analisar e definir a situação, tendo em conta os custos e benefícios e a procura de soluções. As estratégias centradas na emoção, dizem respeito aos processos cognitivos responsáveis pela diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação stressante, tendo como exemplo, estratégias de: distanciamento, fuga-evitamento, autocontrolo, aceitação da responsabilidade, procura de apoio social, reavaliação positiva (Coelho, 2010).

Estudos realizados por Gil-Monte e Peiró (1997, cit in Tamayo & Trócoli, 2002:40), referem que “o uso de estratégias de *coping* de controle ou centradas no problema previne o desenvolvimento do *Burnout*, enquanto que, a utilização de estratégias de escape, evitação ou centradas na emoção facilita a sua aparição”.

A forma como o indivíduo utiliza as estratégias de *coping*, está relacionada em parte com os seus recursos internos e externos, que incluem saúde, crenças, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais (Guido, Linch, Pitthan & Umann, 2011).

Segundo Latack (1986, cit. in Grazziano, 2008), na análise do stresse ocupacional, considera importante a inclusão de uma terceira categoria, que se relaciona com o alívio de sintomas, em que se procura a utilização de técnicas de gestão de stresse tais como o relaxamento e exercício.

2.5. Estratégias para gerir o stresse nos profissionais de saúde

Gerir o stresse é “saber lidar com as exigências de um quotidiano cada vez mais imprevisível e desgastante” (Dias, Fernandes, Martins & Silva, 2012).

Perante este problema que teima em crescer na nossa sociedade, torna-se imperioso que sejam postas em prática medidas para gerir e controlar o stresse nos profissionais de saúde, para que estes se sintam “saudáveis”.

Segundo um estudo realizado pela Matrix (2013, cit. in AESST, 2014) em países europeus, o qual analisou a relação custo-eficácia de diferentes tipos de intervenções centradas na promoção da saúde mental e na prevenção de perturbações mentais no local de trabalho, que incluía melhorias no ambiente de trabalho, gestão de stresse e tratamento psicológico, concluiu que em cada euro despendido em programas de promoção e prevenção, gera benefícios económicos líquidos que podem atingir os 13,62 euros no período de um ano.

Segundo a AESST (2002b), as boas práticas de prevenção do stresse incluem sete fatores importantes no âmbito das intervenções e esses são:

1. “Análise adequada dos riscos – deve ser criada uma base de referência a partir da avaliação dos riscos. Podem ser integrados inquéritos neste processo, mas estes apenas deverão ser realizados caso exista a clara intenção de tomar medidas atempadas com base nos respetivos resultados.
2. Planeamento exaustivo e abordagem gradual – devem ser definidos objetivos claros e identificados grupos-alvo, bem como identificadas tarefas e responsabilidades e atribuídos recursos.
3. Combinação de medidas dirigidas às atividades laborais e aos trabalhadores – deverá ser dada prioridade às intervenções coletivas e organizacionais, por forma a combater os riscos na origem. As medidas dirigidas aos trabalhadores poderão complementar outras ações.
4. Soluções em função do contexto – a experiência dos trabalhadores adquirida no desempenho da respetiva atividade é um recurso primordial para a identificação de problemas e de soluções. A perícia externa pode também ser por vezes necessária.
5. Intervenções baseadas em factos comprovados e em técnicas experientes – apenas deverá ser utilizada perícia externa competente.
6. Dialogo social, parceria e envolvimento dos trabalhadores – o envolvimento e o empenho dos trabalhadores e de todo o pessoal de gestão é crucial em todas as fases de qualquer intervenção.
7. Prevenção contínua e apoio dos quadros superiores de gestão – o aperfeiçoamento sustentável não é possível a menos que os gestores estejam dispostos a introduzir alterações. A gestão dos riscos deverá estar no centro do sistema de funcionamento das empresas”.

As intervenções ao nível da gestão de stresse, referidas no Manual de Prevenção do Stresse (2011), e identificadas pelo projeto PRIMA-EF – “Orientações do Modelo Europeu para a Gestão de Riscos Psicossociais” – define três tipos de abordagens, nomeadamente, a prevenção primária, secundária e terciária:

- A prevenção primária tem como objetivo combater o stresse laboral reformulando a forma como o trabalho é organizado e gerido (por exemplo: desenvolvimento de sistemas de comunicação adequados, revisão dos sistemas de avaliação);
- A prevenção secundária visa, através da formação, combater o stresse laboral através do desenvolvimento de competências individuais na gestão do stresse (por exemplo: exercícios de relaxamento e de gestão de tempo);
- A prevenção terciária tem como objetivo reduzir o impacto do stresse laboral na saúde dos trabalhadores, incluindo o desenvolvimento de métodos e sistemas de reabilitação apropriados e cuidados de saúde melhorados (por exemplo: prestação de aconselhamento confidencial aos trabalhadores, formação cognitivo-comportamental).

Outros autores como McIntyre (1994:199), recomenda um tipo de intervenção com carácter preventivo e remediativo, através de:

“sensibilização dos profissionais de saúde e difusão do conhecimento adquirido pela Psicologia da Saúde para a compreensão dos aspetos psicológicos da doença e do comportamento do doente, o treino em competências de atendimento e comunicação com o doente e família, o treino em competências de liderança de uma equipa, a aprendizagem de métodos de identificar os sintomas de stresse e lidar eficazmente para minorar ou remediar uma resposta desadaptada a este, e a disponibilização de recursos para o profissional poder procurar ajuda de pares, superiores, ou profissionais especializados para lidar com o stresse”.

Ao nível das organizações (Calhoun, 1980; Leppanen & Olkinuora, 1987 cit. in McIntyre, 1994) também podem ser postas em prática medidas preventivas e remediadoras do stresse nas instituições de saúde que passam por reorganizar o trabalho, diminuir as horas de trabalho por distribuição e delegação, limitar os turnos às 8 horas, facultar períodos de descanso periódico, disponibilizar treino e supervisão adequados, diminuir os níveis de hierarquia, divisão de responsabilidades, entre outros.

Outros autores (Dias *et al.*, 2012) consideram que “não havendo soluções milagrosas para a gestão do stresse, existem, no entanto, estratégias que podem diminuir a intensidade dos seus efeitos, como, expressar-se assertivamente, fazer pausas frequentes das situações mais stressantes, reduzir o consumo de cafeína e bebidas alcoólicas, manter uma higiene do sono, praticar atividade física regular, procurar apoio na família”.

3. Violência no trabalho

A violência no local de trabalho, constitui um risco para a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores. Quando vinda do exterior, abrange insultos, ameaças ou agressão física ou psicológica por pessoas exteriores à organização, contra alguém que está a trabalhar (AESST, 2002c).

A origem da violência no trabalho, segundo a OIT, resulta de uma combinação de causas relacionadas com as pessoas, contexto ambiental, condições de trabalho e interação dos trabalhadores entre si e seus empregadores, ou seja, não provem apenas de fatores pessoais e comportamentais, mas também de fatores estruturais incluindo a própria organização do trabalho (Costa & Marziale, 2006).

Cerca de 4% da população ativa da UE declara já ter sido vítima de violência física por pessoas exteriores à organização, mas o número de vítimas de ameaças, insultos ou outras formas de agressão psicológica será significativamente maior. O sector dos serviços é onde o risco é maior, nomeadamente nos sectores da saúde, transportes, comércio, restauração, banca e educação. Inserida nestes sectores, uma das profissões mais expostas ao risco de violência são os enfermeiros e outro pessoal da saúde (AESST, 2002c).

Um estudo europeu (AESST, 2003) realizado a 130 hospitais gerais, revelou que mais de metade dos seus profissionais já foram ameaçados com armas, e dos 200 000 médicos e enfermeiros que trabalham em hospitais, 90% já foram vítimas de atos de violência psicológica e física, 78% já foram alvo de intimidação sexual e 51% consideram que a segurança no hospital é insatisfatória.

A violência e o assédio, segundo a AESST (2009) são considerados perigos psicossociais no sector da saúde, pelo que esse comportamento poderá ser protagonizado por doentes, familiares ou colegas. Em especial, nos sectores de serviços de saúde ou sociais a incidência de exposição à violência ou assédio é superior à média, inversamente proporcional aos riscos físicos, onde a preponderância situa-se nos sectores da indústria.

Segundo a NIOSH (2002), no sector da saúde, os atos de violência podem envolver qualquer um dos profissionais, no entanto os mais vulneráveis são os enfermeiros e os auxiliares, que têm um contato mais direto com os doentes, podendo ainda ocorrer noutros profissionais tais como o pessoal de atendimento administrativo nas urgências, seguranças

e outro pessoal prestador de cuidados de saúde. Na maior parte dos casos, a violência acontece em áreas como os serviços de psiquiatria e urgência, salas de espera, unidades geriátricas. Esses atos de violência poderão causar desde pequenos até graves danos físicos, incapacidade física temporária ou permanente, trauma psicológico e morte. Para além disso, a violência poderá ter repercussões negativas na própria organização, incluindo aumento do stresse no trabalho, desmoralização dos trabalhadores, aumento da rotatividade do pessoal, redução da confiança entre a gestão e colegas de trabalho, ambiente de trabalho hostil.

Os fatores de risco para a violência, variam de hospital para hospital, tendo em conta a dimensão, localização e o tipo de cuidados mas de uma forma geral incluem (NIOSH, 2002):

- Trabalho com pessoas voláteis, especialmente se estiverem sob a influência de álcool ou drogas, ou com antecedentes de violência ou doença psiquiátrica;
- Trabalho com equipas reduzidas de profissionais, em especial nas horas de refeição ou visitas;
- Transporte de doentes;
- Tempos de espera de atendimento elevados;
- Salas de espera superlotadas e desconfortáveis;
- Trabalhar sozinho;
- Segurança inadequada;
- Falta de formação e políticas de prevenção e gestão de situações potencialmente agressivas;
- Abuso de drogas e álcool;
- Acesso a armas de fogo;
- Circulação livre de público;
- Locais pouco iluminados, como corredores, salas, estacionamento.

Para prevenir estes acontecimentos, é necessária a implementação de estratégias de prevenção na área da segurança e saúde no trabalho que inclua a participação da gestão, dos funcionários, identificação de perigos, formação em segurança e saúde, prevenção e controlo de riscos, devendo a implementação destas medidas, ser avaliada periodicamente.

As estratégias a desenvolver devem ser adaptadas a cada local de trabalho mas de um modo geral, deverão passar por (NIOSH, 2002):

- Medidas Ambientais – colocação de sinalização de emergência, alarmes e sistemas de vigilância; instalação de câmaras e boa iluminação nos corredores; aumento da vigilância dos estacionamento à noite; conceber áreas de espera para acomodar e auxiliar utentes e visitantes, que possam vir a ter um atraso no atendimento; desenhar a área de triagem e outras de forma minimizar o risco de agressão (wc's só para funcionários, saídas de emergência, zonas de trabalho para enfermeiros fechadas, balcões de serviço nas áreas de receção profundos ou com proteção de vidro, organizar o espaço de forma a que os objetos e mobília não possa ser usada como arma).
- Medidas de Gestão Administrativa – organização de equipas de forma a evitar o trabalho sozinho e minimizar o tempo de espera dos utentes; restrição do movimento do público no hospital, com acessos controlados com cartão; colocação de sistema de alerta para situações de ameaças.
- Modificações do Comportamento – fornecer a todos os trabalhadores formação em reconhecimento e gestão de situações de violência, resolução de conflitos, noção e reconhecimento de perigo.

Contudo, se não for possível impedir a violência, há que proporcionar condições para apoiar a vítima, no sentido de minimizar os efeitos da situação e prevenir o sofrimento do trabalhador, providenciando acompanhamento e apoio psicológico. Uma situação deste tipo deve ser comunicada a todos os profissionais para que no futuro sejam providenciados procedimentos mais adequados para evitar a sua repetição (Freitas, 2016).

4. Assédio Moral

O assédio moral (também designado *mobbing*), segundo Hirigoyen (2002:14) define-se como: “qualquer comportamento abusivo (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, pela sua repetição ou pela sua sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, pondo em perigo o seu emprego ou degradando o clima de trabalho”.

Para Freitas (2016:700), o assédio moral no trabalho pode ser definido como “um comportamento injustificado e continuado de perseguição e pressão psicológica para um trabalhador ou grupo de trabalhadores, susceptível de constituir um risco para a sua saúde e segurança”.

Segundo Leyman (1984, cit. in Freitas, 2016), são vários os comportamentos hostis que podemos identificar no assédio moral e que podem passar por: ações contra a reputação ou dignidade pessoal (comentários injuriosos ou jocosos); ações contra o exercício funcional (atribuição de atividades monótonas ou para as quais o indivíduo não tem qualificação); ações de manipulação da informação ou da comunicação (não dirigir a palavra, manter ambiguidade funcional, etc.); ações iníquas (diferenças de tratamento, desigualdade remuneratória, etc.).

No entanto, Freitas (2016) define como principais fatores de assédio moral, os seguintes:

- “Alterações repentinas na estrutura da organização;
- Insegurança no emprego;
- Exigências excessivas no trabalho;
- Cultura organizacional inexistente ou que não reconhece o assédio moral como um problema;
- Relações tensas entre os trabalhadores ou destes com a hierarquia;
- Conflito decorrente das tarefas desempenhadas;
- Insuficiência da política de recursos humanos”.

Na lei portuguesa, no Código do Trabalho na sua última atualização pela Lei nº 73/2017, de 16 de agosto, vem expresso, no Art.º 29º/1, que é proibida a prática de assédio, estando definido no nº2 do Art.º 29º que assédio é:

“o comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em factor de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objectivo ou efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afectar a sua dignidade, ou lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador”, constituindo esta prática uma contraordenação muito grave (Art.º 29º/5, CT).

De forma a prevenir este tipo de comportamentos, Einarsen e Hoel (2008, cit. in Nunes e Tolfo, 2012:6), propõem um método de prevenção ao assédio moral, em que o mesmo deve contemplar alguns elementos como:

- “criação de um clima social com uma atmosfera aberta e respeitosa, com tolerância à diversidade, e onde a existência de frustração e atrito é aceita, mas também propriamente administrada;
- garantia que os estilos de liderança e práticas administrativas na organização são aplicados a todos os funcionários de forma igual, garantindo tratamento justo e com respeito, e que a sensibilidade para necessidades pessoais e vulnerabilidade é levada em conta;
- garantia que os gestores têm treinamento e capacidade necessárias para administrar conflitos;
- construção de uma organização com metas, regras e responsabilidades claras e nítidas, e com uma forte ética de trabalho;
- criação e manutenção de uma cultura organizacional onde o assédio moral e os maus tratos aos funcionários não são tolerados”.

Parte II – A Organização: Contextualização do estudo

5. Centro Hospitalar de Setúbal

O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., foi criado em 31 de Dezembro de 2005, tendo unido dois hospitais, o Hospital São Bernardo, S.A. e o Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão, constante no Decreto-Lei no 233/2005, de 29 de Dezembro, que veio dar resposta ao Programa do XVII Governo Constitucional, onde no Decreto-Lei no 93/2005, de 7 de Junho, determinou a transformação em entidades públicas empresariais, trinta e uma unidades de saúde com o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, das quais fazia parte o Hospital de São Bernardo. Este processo de empresarialização da gestão hospitalar iniciou-se em 1998 pelo XIII Governo Constitucional, com o intuito da melhoria do desempenho, da eficiência e da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

O Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São Bernardo (CHS – HSB), presta cuidados de saúde especializados à população, tendo como área de influência os concelhos de Setúbal, Palmela, Sesimbra e Alcácer do Sal, abrangendo uma população total de cerca de 250 mil habitantes. O Hospital de São Bernardo (HSB) possui várias áreas destinadas a internamento, urgências, intervenção cirúrgica, consultas externas e áreas de tratamento e diagnóstico.

O CHS possui como Missão a “promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (CHS, 2015a:1).

De acordo com o Regulamento Interno do CHS (2015a:2), os objetivos do CHS são:

- “a) Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- b) Aumento da eficácia e eficiência, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;

- c) Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde, reabilitação, convalescença, e paliativos;
- d) Implementação de programas de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;
- e) Promoção da investigação e da formação profissional.”

Ao nível da Gestão de Risco, o CHS possui uma política nesta área que tem como objetivo: “estabelecer uma estratégia de abordagem para a gestão do risco geral e clínico, definindo objetivos e responsabilidades, de forma a prevenir e reduzir a gravidade dos mesmos” (CHS, 2014:1). Neste âmbito o CHS reconhece que o meio hospitalar é rico em riscos de natureza geral e natureza clínica, e que para fazer face a este facto pretende possuir uma estrutura de gestão do risco que permita a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização dos mesmos. Foram criadas várias estruturas e órgãos com as devidas responsabilidades dentro da área do risco geral e risco clínico, entre as quais o Serviço de Saúde Ocupacional que é responsável pela Política de Saúde e Segurança, no qual inclui o levantamento de riscos no âmbito da saúde ocupacional (CHS, 2014).

Inserida numa campanha de avaliação de riscos psicossociais no sector da saúde em 2012, difundida pelo Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho, promovida em Portugal pela Autoridade para as Condições do Trabalho, o Serviço de Saúde Ocupacional do CHS deu início ao processo de avaliação de riscos psicossociais, que se realizou nos Serviços de Urgência Pediátrica, Bloco Operatório e Psiquiatria Agudos (selecionados de forma aleatória), não sendo possível, de momento, o acesso ao questionário utilizado, nem aos resultados.

Desde esse momento, não foram realizadas outras campanhas de avaliação de riscos psicossociais no CHS, pelo que será agora, no âmbito deste trabalho, realizada a avaliação de riscos psicossociais aos enfermeiros do SUG do CHS.

5.1. Caraterização do Serviço de Urgência Geral

O SUG tem como Missão prestar “serviço na área de diagnóstico e terapêutica de doentes que a ele recorrem com problemas de saúde que carecem de atuação urgente ou emergente, visando a estabilização da situação clínica do utente e a sua transferência para o serviço ou

unidade de saúde de destino, sempre que necessário à consolidação do seu estado de saúde, alta para domicílio ou cuidados ambulatoriais, de nível adequado às necessidades do mesmo." Tem ainda como objetivo "a satisfação dos seus utentes, prestando-lhes cuidados de qualidade, humanizados, dando cumprimento à missão que nos é confiada, e dos profissionais e colaboradores, proporcionando-lhes as melhores condições de trabalho para o seu desempenho e a sua atualização formativa" (CHS, 2015a).

Segundo a classificação do Ministério da Saúde acerca dos níveis de resposta, o SUG situa-se no segundo nível, denominado como Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e segundo o Despacho nº 100319/2014, de 11 de agosto, deve dispor, entre outros, dos seguintes recursos:

- "Recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU" (Art.º 4º/6.1);
- "Valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia, Patologia Clínica" (Art.º 4º/ 6.2).

Neste sentido, o SUG, classificado como uma urgência medico-cirúrgica, dispõe, para além das valências básicas definidas para este tipo de serviço (medicina interna, cirurgia e ortopedia), de uma via verde coronária e via verde de AVC, pelo que nesse âmbito possui apoio de Neurologia e Cardiologia nas 24h, bem como as especialidades de Gastrenterologia, Oftalmologia, Infeciologia, Nefrologia, Pneumologia, Imunoalergologia e Psiquiatria, durante o período diurno (CHS, 2013).

Ao nível dos recursos humanos, o SUG possui uma equipa multidisciplinar com 73 enfermeiros que se dividem por 5 equipas, 52 assistentes operacionais, 13 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 26 assistentes técnicos. Em relação aos médicos, as equipas com vínculo ao CHS vão variando diariamente consoante a escala e os restantes são contratados.

Os restantes médicos que prestam serviço no SUG, que também pertencem ao mapa de pessoal e os que se encontram a contrato de trabalho a termo certo, realizam pelo menos 12

horas de trabalho por semana na urgência, no entanto, para fazer face às necessidades do serviço, são contratados médicos através de uma empresa de recrutamento externo, para completar a equipa, pelo que diariamente a equipa médica é diferente.

Este serviço de urgência foi concebido para receber 150 a 200 doentes por dia, no entanto, tem uma média anual de cerca de 230 doentes por dia, dados referentes ao ano 2015, existindo dois picos de afluência no movimento diário, um ao final da manhã, entre as 12h e 15h, e outro ao final da tarde, entre as 19h e 22h, chegando a atingir cerca de 100 doentes em simultâneo no SUG.

O SUG é um serviço composto por duas áreas distintas, nomeadamente a área de ambulatório e a área de internamento.

Na área de ambulatório, são prestados cuidados de saúde aos utentes que aqui recorrem, em situação urgente ou emergente, consoante as necessidades do mesmo, e divide-se em várias zonas de atendimento, nomeadamente:

- Aceitação de doentes, onde se realiza a inscrição administrativa dos doentes;
- Sala de Espera para doentes e acompanhantes;
- 2 Salas de Triagem; onde os doentes são observados e triados pelo enfermeiro, segundo o protocolo de Triagem de Manchester;
- 5 Balcões de atendimento médico (salas de atendimento para doentes encaminhados para consulta médica de urgência) com a sua zona de espera;
- Sala de Tratamentos/Enfermagem, onde se prestam cuidados de enfermagem e onde se dá resposta às prescrições efetuadas nos balcões;
- Sala Aberta (área destinada a doentes com necessidade de cuidados respiratórios ou doentes em avaliação para decisão de eventual internamento) que possui espaço previsto para 6 macas e 6 cadeirões, com 12 rampas de O2 e vácuo;
- Sala de Isolamento de Ambulatório, que permite fazer isolamento de curta duração para doentes que aguardam diagnóstico;
- Sala de higiene dos doentes;
- 4 Balcões de Especialidades: Pequena Cirurgia, Ortopedia, Psiquiatria, Medicina;
- Sala de Eletrocardiografia;

- Laboratório de Análises Clínicas.

Na área de internamento de curta duração - sala de observação (SO) - procede-se à vigilância e estabilização dos doentes que carecem desses cuidados no sentido da sua transferência para uma unidade de internamento específica ou mesmo o seu encaminhamento para o domicílio após a alta.

Esta área foi desenhada para receber 12 doentes, no entanto, atualmente chega a receber até ao máximo de 34 doentes, com níveis de cuidados e vigilância diferentes, podendo provisoriamente ter doentes em ventilação assistida, conectados a prótese ventilatória. Existem assim 5 áreas de internamento, SO1 e SO2 que estão previstos para receber 5 doentes cada, podendo em situações de exceção receber 6 doentes, que necessitem de um maior nível de vigilância, com recurso a monitorização, oxigenoterapia e aspiração. O SO3/4 encontra-se preparado para receber 9 doentes com possibilidade de efetuar oxigenoterapia, havendo disponíveis 4 monitores multiparâmetros. O SO5 destina-se ao internamento de doentes que requerem um nível menor de cuidados e vigilância, que não necessitem de monitorização e oxigenoterapia, com um número máximo de ocupação de 13 doentes.

No prolongamento do SO existe ainda uma área ao longo do corredor (de acesso ao exterior, serviço de imagiologia geral, serviço de urgência pediátrica), podemos encontrar vários armazéns de equipamentos e de material de uso clínico, gabinete do Diretor do SUG, gabinete da Enf^a Chefe do SUG, secretariado, wc's e vestiários.

Encontram-se preconizadas as funções do enfermeiro no SUG em cada posto de trabalho, tendo na sua base a premissa de que:

“o enfermeiro presta cuidados de enfermagem de acordo com a situação clínica do doente, o preconizado na Carreira de Enfermagem, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), e as Normas, Regulamentos e Procedimentos Internos que se lhe apliquem, tendo em vista a continuidade e a qualidade dos cuidados ao utente/família” (CHS, 2015b:1).

Parte III - Metodologia

6. Metodologia utilizada no estudo

O estudo a desenvolver comporta três fases principais que segundo Fortin et al (2003) são a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica.

Na primeira fase – fase conceptual – “o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema” (Fortin, 2009:49). Na fase seguinte – fase metodológica – “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin, 2009:53). Na terceira fase – fase empírica – será realizada a colheita e organização de dados, seguida da sua análise estatística (Fortin, 2009).

A realização deste estudo, apenas se iniciou após apresentada e aprovada pelo Conselho de Administração e Direção do Serviço a execução do mesmo, sendo seguidos todos os requisitos necessários e exigidos para a sua apreciação e aprovação (cf. Anexo A).

Relembra-se que os objetivos do presente estudo consistem em avaliar os riscos psicossociais que podem afetar a saúde dos enfermeiros do SUG do CHS e conhecer as situações do seu quotidiano que mais frequentemente são sentidas como stressantes, bem como as variáveis demográficas que os influenciam.

Serão apresentados em seguida o método de abordagem utilizado, os participantes, os instrumentos, o procedimento e o tratamento de dados selecionado.

6.1. Método de abordagem

O presente estudo realizado será proveniente de uma pesquisa descritiva, de natureza aplicada, quantitativa e transversal.

Será de pesquisa descritiva pois irá descrever as características do fenómeno em estudo e relações entre as variáveis. Os factos vão ser observados, identificados, registados,

analisados, classificados e interpretados pelo autor, mas o próprio não irá ter qualquer influência nos mesmos.

Quanto à natureza, será uma investigação aplicada, na medida em que será um trabalho original com vista a aquisição de novos conhecimentos, pois identificados os riscos psicossociais a que a população em estudo está sujeita, poderão proceder-se a ações corretivas/preventivas.

A pesquisa será quantitativa, pois serão traduzidos em números os dados obtidos, para serem depois classificados e analisados, utilizando técnicas estatísticas, com o apoio de software Excel e SPSS.

O estudo será transversal pois será realizado num determinado espaço de tempo, no desenrolar da realização da dissertação, previsto no cronograma, que se apresenta em apêndice neste trabalho (cf. Apêndice I).

6.2. Participantes

A população em estudo, tal como refere Fortin (1999:201), é “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, referindo ainda que a amostra é “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”, devendo “ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada”.

Tendo em conta o contexto e objetivo do estudo, a amostragem selecionada foi a amostragem não-probabilística por conveniência,

Neste caso, os participantes envolvidos no estudo encontram-se incluídos no referido contexto laboral, o Serviço de Urgência Geral do CHS, pelo que se pretendeu a participação de todos os enfermeiros que se encontravam, no momento do estudo, em atividade no serviço, num universo de 73 enfermeiros, tendo sido a amostra de 65 enfermeiros, o que constitui 89% da população.

6.3. Instrumentos

Existem vários instrumentos para quantificar os riscos psicossociais, podendo optar-se por uma metodologia mais quantitativa (escalas, questionários ou outros instrumentos) ou qualitativa (entrevistas individuais e/ou coletivas, observações ou análise documental). No entanto, a metodologia selecionada pelo autor, vai de encontro à utilização de questionários de autorrelato, que têm como vantagem a sua facilidade de análise e o seu baixo custo (Pinho, 2015) e que irão conter questões sobre a presença de fatores de risco no ambiente de trabalho e questões sobre situações do quotidiano profissional que mais frequentemente são sentidas como stressantes.

O questionário a utilizar será constituído por três partes, entre as quais uma adaptação do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), na segunda parte, uma adaptação da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros (ESPE) e na terceira, a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (cf. Apêndice II).

As adaptações realizadas levaram em conta o contexto organizacional em que se insere o estudo, com pequenas alterações em algumas palavras, sem alterar o sentido da questão, isto no COPSOQ.

Na ESPE foi retirada uma questão (questão nº20) que não se aplica ao contexto, visto que os enfermeiros do SUG apenas exercem a sua atividade exclusivamente nesse serviço no CHS.

Em relação à caracterização sociodemográfica, inclui informações como: sexo, idade, estado civil e habilitações académicas. As variáveis socioprofissionais incluem: anos de profissão, antiguidade no serviço, vínculo ao CHS, horário de trabalho (semanal), trabalho por turnos, trabalho no turno da noite e funções de chefia. Uma última questão, nesta área, refere-se à influência do horário de trabalho com a vida social e familiar.

A escolha destas variáveis independentes, teve em conta as suas próprias características e o modo como as mesmas poderiam ser importantes face aos objetivos do presente estudo.

As respostas ao questionário serão anónimas e será garantida a sua confidencialidade, cumprindo os princípios éticos de proteção dos dados e informações pessoais.

6.3.1. Copenhagen Psychosocial Questionnaire

No sentido de avaliar as condições psicossociais e a saúde no local de trabalho, pretende-se utilizar o questionário “Copenhagen Psychosocial Questionnaire” (COPSOQ), pois é um instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade e compreensibilidade na avaliação de fatores psicossociais no trabalho.

Este questionário originalmente desenvolvido na Dinamarca, possui modelos teóricos bem aceites na psicossociologia e tem vindo a ser adaptado em vários países diferentes, devido à sua consensualidade, sendo utilizado na investigação da prevenção de riscos psicossociais nas empresas de inúmeros países. A principal característica, situa-se na possibilidade de identificar e avaliar os fatores de risco prejudiciais à saúde (Ribeiro, 2012).

Este instrumento foi desenvolvido por Kristensen e Borg (2000) com a colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen*, que segue um conceito multidimensional, numa perspetiva eclética por abranger uma ampla gama de aspetos, conceitos e teorias atuais, incluindo a maior diversidade possível de dimensões psicossociais que possam existir no mundo do trabalho atual.

Este instrumento reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto de trabalho. Em Portugal também foi adaptado, traduzido e estudado para a população portuguesa, sendo confirmado pelo *Feedback Institute Lda*, a validade de conteúdo dos itens.

O COPSOQ é um questionário individual que avalia a exposição a fatores de risco para a saúde de natureza psicossocial. O principal objetivo deste questionário é a prevenção, procurando dar respostas a questões relacionadas com os problemas identificados e como delinear a solução adequada. A obtenção de valores de referencia da população ativa por fatores sociodemográficos e sectores profissionais, possibilita a comparação do nível de exposição aos fatores de risco entre colaboradores de determinada instituição e os valores de referência nacionais.

Este questionário apresenta três versões (curta, média e longa), que incluem dimensões que medem indicadores de exposição (riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde,

satisfação e stresse), no entanto irá ser aplicada a versão média que se tem mostrado ser a ferramenta mais adequada para a utilização em saúde ocupacional, já que apresenta uma identificação mais completa de dimensões psicossociais, não sendo excessivamente longa, tendo sido utilizada na população ativa portuguesa para obtenção de valores de referência.

Os resultados obtidos poderão ser vistos como oportunidades para identificar potenciais áreas de risco a melhorar na organização do trabalho.

O Instituto Nacional de Saúde Ocupacional da Dinamarca (Kristensen, 2005) emitiu diretrizes que deverão ser seguidas quando se aplica o COPSQ, nomeadamente:

1. Nunca aplicar o COPSQ sem clarificar as ações que poderão ser tomadas;
2. A resposta ao questionário deve ser anónima, devendo-se assegurar uma taxa de resposta pelo menos de 60% para se retirar conclusões válidas;
3. Todos os inquiridos devem ser anónimos. Se o grupo de funcionários for menor que 15 deve ser pedido o seu consentimento;
4. Todos os funcionários têm o direito de ver e discutir os resultados;
5. A administração, os supervisores e os trabalhadores devem participar e ser comprometidos durante todo o processo (mudança);
6. Respeitar a diferença entre as condições básicas do trabalho (que não podem ser alteradas) e outras que podem e devem ser alteradas;
7. Não existem soluções padrão para os problemas, estas precisam de ser desenvolvidas localmente e integradas na prática diária;
8. Se as intervenções forem realizadas após a aplicação do COPSQ – repetir a pesquisa no sentido de constatar se a intervenção de melhoria decorreu como previsto;
9. Os resultados do COPSQ devem ser utilizados como ferramenta de e para o diálogo aberto e desenvolvimento (Eurocontrol Guidelines, 2010).

Na versão média do COPSQ, aplicada neste estudo, os seus autores consideram 29 subescalas, num total de 76 questões, correspondendo a 7 dimensões, que podemos consultar no seguinte quadro:

Dimensões e subescalas COPSOQ (versão media)	
Exigências Laborais	Valores no Local de Trabalho
Exigências quantitativas	Comunidade social no trabalho
Ritmo de trabalho	Confiança horizontal
Exigências cognitivas	Confiança vertical
Exigências emocionais	Justiça e respeito
Organização do Trabalho e Conteúdo	Interface Trabalho-Indivíduo
Influência no trabalho	Satisfação no trabalho
Possibilidades de desenvolvimento	Insegurança laboral
Significado do trabalho	Conflito trabalho-família
Compromisso com o local de trabalho	Saúde e Bem Estar
Relações Sociais e Liderança	Saúde geral
Previsibilidade	Problemas em dormir
Transparência do papel laboral	<i>Burnout</i>
Recompensas (Reconhecimento)	Stresse
Conflitos laborais	Sintomas depressivos
Apoio social de colegas	Autoeficácia
Apoio social de superiores	Comportamentos ofensivos
Qualidade da liderança	-

Fonte: Silva (2012)

Quadro 3 - Dimensões e Subescalas do COPSOQ (versão média)

As questões ou itens são avaliados numa escala tipo Likert de 1 a 5 pontos (1 – Nunca/quase nunca, 2 – Raramente, 3 – Às vezes, 4 – Frequentemente, 5 – Sempre ou 1 – Nada/quase nada, 2 – Um pouco, 3 – Moderadamente, 4 – Muito e 5 – Extremamente), na qual, alguns itens serão invertidos, como veremos mais à frente, aplicando-se pontuação invertida, visto que apresentam um sentido conceptual oposto quanto ao risco para a saúde.

Calculada a média em cada fator, conseguir-se-á determinar o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão pode representar, através da divisão da amplitude da cotação dos itens em três partes iguais, com pontos de corte de 2,33 e 3,66, permitindo assim uma interpretação em “semáforo”, com as designações de: *verde* (situação favorável para a saúde), *amarelo* (situação intermédia) e *vermelho* (risco para a saúde) (Silva, 2012).

Exibidas as dimensões consideradas e respetivas subescalas utilizadas no estudo, em seguida será apresentado uma tabela (cf. Tabela 1) em que se formarão dois grupos de subescalas com interpretação similar, ou seja, num grupo constarão as subescalas em que quanto maior o valor, mais risco para a saúde é considerado e noutro grupo em que quanto

menor o valor, mais risco para a saúde. No sentido, de obtermos dados congruentes ao nível do risco para a saúde, serão invertidas todas as questões que fazem parte do segundo grupo.

Quanto maior o valor, mais risco para a saúde:	Quanto menor o valor, mais risco para a saúde: (a inverter)
Exigências quantitativas	Influência no trabalho
Ritmo de trabalho	Possibilidade de desenvolvimento
Exigências cognitivas	Significado do trabalho
Exigências emocionais	Compromisso face ao local de trabalho
Conflitos laborais	Previsibilidade
Confiança horizontal (inverter a questão 42)	Transparência do papel laboral
Insegurança laboral	Recompensas (Reconhecimento)
Conflito trabalho/família	Apoio social dos colegas
Saúde geral	Apoio social de superiores
Problemas em dormir	Qualidade da liderança
<i>Burnout</i>	Comunidade social no trabalho
Stresse	Confiança vertical (não inverter a questão 45)
Sintomas depressivos	Justiça e respeito
Comportamentos ofensivos	Satisfação no trabalho
-	Autoeficácia

Tabela 1 - Grupos de Subescalas com interpretação similar

6.3.2. Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros

A Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros, foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Santos e Teixeira (2008) da *Nurses Stress Scale* de Pamela Gray-Toft e James G. Anderson. Esta escala não permitirá diagnosticar níveis de stresse que a equipa de enfermagem vivencia, mas sim as situações profissionais que são sentidas como stressantes, sendo que a resposta deve ser dada consoante a frequência com que cada situação provoca stresse num determinado serviço.

A ESPE é uma escala de autoadministração, tipo *Likert*, constituída por 34 questões, classificadas de 1 a 4 (1 – Nunca; 2 – Ocasionalmente; 3 –Frequentemente; 4 – Muito frequentemente), em que os valores de amplitude das respostas poderá variar entre 34 e 136 pontos e que traduzem 7 fatores em 3 domínios (Físico, Psicológico e Social), como podemos ver no seguinte quadro:

Domínio	Fatores	Itens
Ambiente Físico	VI: Carga de trabalho	1, 25, 27, 28, 30, 34
Ambiente Psicológico	I: A morte e o morrer	3, 4, 6, 8, 12, 13, 21
	III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	15, 18, 23
	IV: Falta de apoio dos colegas	7, 11, 16
	VII: Incerteza quanto aos tratamentos	17, 26, 31, 32, 33
Ambiente Social	II: Conflito com os médicos	2, 9, 10, 14, 19
	V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	5, 20, 22, 24, 29

Fonte: adaptado de Santos e Teixeira (2008)

Quadro 4 - Identificação das Subescalas da ESPE

Aquando do desenvolvimento da versão portuguesa da ESPE, os autores alcançaram um valor de *Alpha de Cronbach* de 0,93, que revela uma consistência interna muito boa.

Na realização do presente estudo, foi retirada a questão 20 pois não se adequa ao contexto da dinâmica do serviço em questão, visto que os enfermeiros do SUG apenas exercem a sua atividade exclusivamente nesse serviço no CHS, tal como referido anteriormente.

6.4. Pré-teste

Após a elaboração do instrumento de pesquisa, procedeu-se então à verificação da validade do mesmo através do pré-teste, que segundo Lakatos e Marconi (2003:165) consiste em “testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da população do “universo” ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso”. Os mesmos autores recomendam que de um modo geral, será suficiente a mensuração em 5 ou 10% do tamanho da amostra.

Assim no sentido de procurar evidência de possíveis erros no instrumento, foi aplicado o pré-teste a 5 participantes (7,7% da amostra), não tendo sido detetado qualquer problema no questionário, não havendo necessidade de proceder a alterações no mesmo. Provavelmente, o sucesso neste caso, dever-se-á ao facto de que tanto o COPSOQ como a ESPE, são dois instrumentos já testados e validados para a população portuguesa.

6.5. Procedimento

A aplicação do questionário construído para o efeito, adaptado ao contexto em estudo, ocorreu no mês de Outubro de 2017, sendo fornecido aos inquiridos pessoalmente, em suporte papel, sendo explicitados os objetivos do mesmo, estando salvaguardado o anonimato e confidencialidade das respostas.

Num universo de 73 enfermeiros, foi efetivamente aplicado a 65 enfermeiros, constituindo 89% da população em estudo. O estudo em causa foi bem aceite pelos participantes, sendo a taxa de resposta e devolução dos questionários de 100%. Não foi possível aplicar a todo o universo, visto que os 8 enfermeiros que não participaram encontram-se ausentes do serviço por diversos motivos, como baixa médica, licença de maternidade ou férias.

6.6. Tratamento dos dados

Para tratamento dos dados, foram utilizados recursos informáticos, com a utilização de software que inclui o Excel e o programa de estatística SPSS (versão 22), procedendo-se em seguida à análise dos mesmos. A interpretação dos dados, teve em conta a utilização de várias ferramentas estatísticas que são fundamentais para a compreensão dos mesmos e para a fiabilidade do estudo.

Análise de consistência interna

A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Assim de forma a calcular a consistência interna e estimar a confiabilidade do questionário aplicado, será calculado o coeficiente alfa de Cronbach, de forma a medir a correlação entre as respostas no questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos participantes, sendo calculada a correlação média entre as perguntas e visto que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador (Arica, Hora & Monteiro, 2010).

O coeficiente alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, no entanto se obtivermos um valor negativo, significa que as escalas dos itens não variam no mesmo sentido, pelo que nesse caso há que inverter as escalas de forma a que todas variem no mesmo sentido. Consoante

o valor do alfa de Cronbach obtido, assim será a interpretação da consistência interna. Existem várias abordagens sobre essa classificação da consistência, no entanto, segundo Pestana e Gageiro (2008) e outros autores, consideram os seguintes intervalos e interpretações, consoante o valor do α :

- Superior a 0,9 – consistência muito boa;
- Entre 0,8 e 0,9 – boa;
- Entre 0,7 e 0,8 – razoável ou aceitável;
- Entre 0,6 e 0,7 – fraca ou questionável;
- Inferior a 0,6 – inadmissível ou pobre.

Estatística descritiva

A estatística descritiva “é constituída pelo conjunto de métodos destinados à organização e descrição dos dados através de indicadores sintéticos ou sumários” (Silvestre, 2007:4), pelo que a sua utilização permite-nos resumir, descrever e compreender os dados de uma distribuição utilizando medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão (valores mínimos e máximo, desvio padrão e variância) e medidas de distribuição (achatamento e simetria da curva de distribuição).

Neste sentido, de forma a determinar-se a normalidade das curvas obtidas foram calculados os valores de simetria e de achatamento (Curtose), tendo como referencia os seguintes valores e interpretação:

- Em relação à simetria:
 - Simétrica, quando (assimetria/erro padrão) $<1,96$
 - Assimétrica, quando (assimetria/erro padrão) $>1,96$
- Em relação ao achatamento:
 - Mesocúrtica, quando (curtose/erro padrão) $>-1,96$ e $<1,96$
 - Platicúrtica, quando (curtose/erro padrão) $<-1,96$
 - Leptocúrtica, quando (curtose/erro padrão) $>1,96$

Este estudo permite verificar se a distribuição é simétrica e mesocúrtica, pois verificando-se as duas simultaneamente a distribuição é considerada normal.

Pressupostos Testes Paramétricos

A realização de testes paramétricos, como é o caso de teste T para amostras independentes, para comparação de médias entre 2 grupos independentes (por exemplo: sexo), relativamente a uma variável dependente de tipo quantitativo (dimensões COPSOQ e ESPE), requer a satisfação dos pressupostos de normalidade de distribuições por grupo e homogeneidade de variâncias.

A normalidade das distribuições entre 2 grupos independentes para as 7 dimensões COPSOQ e 7 fatores ESPE foi assegurada através do teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$) e a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene. Não se verificou a existência de violações graves da normalidade nos casos em que as distribuições revelaram assimetrias.

Como exemplo, na utilização do **Teste T**, consideram-se:

Hipóteses estatísticas:

H0: Os inquiridos do *sexo masculino* não apresentam uma média significativamente diferente dos inquiridos do *sexo feminino*, na dimensão ESPE ($\mu_{\text{Masc}} = \mu_{\text{Fem}}$).

H1: Os inquiridos do *sexo masculino* apresentam uma média significativamente diferente dos inquiridos do *sexo feminino*, na dimensão ESPE ($\mu_{\text{Masc}} \neq \mu_{\text{Fem}}$).

Regra de decisão:

Se $p \geq \alpha = 0,05$ Não se rejeita H0

Se $p < \alpha = 0,05$ Rejeita-se H0

Nas situações em que as variáveis sócio demográficas eram constituídas por 3 ou mais grupos, procedeu-se à comparação de médias das dimensões ESPE e COPSOQ, através do teste paramétrico de One-Way ANOVA.

A normalidade das distribuições por grupos/categorias das variáveis sociodemográficas para as 7 dimensões COPSOQ e 7 fatores ESPE foi assegurada através do teste de Shapiro-Wilk ($p \geq 0,05$), e a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ($p \geq 0,05$). Não se observaram violações graves da normalidade nos casos em que as distribuições revelaram desvios de assimetria e curtose à distribuição normal (Shapiro-Wilk $p < 0,05$).

Nas situações em que não se verificou homogeneidade de variância entre os grupos (Levene $p < 0,05$), foi utilizado o teste de Brown-Forsythe em alternativa à ANOVA.

Quando se observou homogeneidade de variância entre grupos, foi utilizado o teste de comparações múltipla de Bonferroni para a identificação dos grupos com diferenças significativas. Este teste revela-se potente nas situações em que as dimensões dos grupos é inferior a 30.

Face à pequena dimensão de alguns dos grupos das variáveis sócio demográficas, a rejeição da hipótese nula poderá conduzir a um Erro tipo I (rejeitar H_0 , sendo esta verdadeira), não se identificando diferenças entre os grupos por efeito da realização dos teste de comparações múltiplas.

Como exemplo, na utilização da **ANOVA**, consideram-se:

Hipóteses estatísticas:

H_0 : Os inquiridos dos diferentes escalões etários não apresentam médias significativamente diferentes na dimensão ESPE ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 \dots$).

H_1 : Existem diferenças significativas de médias ESPE entre pelo menos 2 escalões etários ($\mu_i \neq \mu_j$).

Regra de decisão:

Se $p \geq \alpha = 0,05$ Não se rejeita H_0

Se $p < \alpha = 0,05$ Rejeita-se H_0

Parte IV – Dados Obtidos

7. Apresentação e Análise dos resultados

Neste capítulo, será realizada a apresentação e análise dos dados relevantes que foram obtidos, pelo que se iniciará pelo cálculo da consistência interna do COPSOQ e da ESPE, seguido da caracterização sociodemográfica e socioprofissional da população em estudo. Posteriormente, a caracterização dos riscos psicossociais identificados, bem como as situações vividas no quotidiano que mais frequentemente podem gerar stress.

7.1. Cálculo da Consistência Interna – COPSOQ & ESPE

Para calcular a consistência interna, quer do COPSOQ, quer do ESPE, foi utilizada uma medida de consistência interna – coeficiente alfa de Cronbach – que se poderão visualizar nas duas seguintes tabelas:

COPSOQ

Dimensões e subescalas COPSOQ	Nº de questões	Alpha de Cronbach
Exigência Laborais	8	0,638
Exigências quantitativas	3	0,603
Ritmo de trabalho	1	*
Exigências cognitivas	3	0,391
Exigências emocionais	1	*
Organização do Trabalho e Conteúdo	12	0,565
Influência no trabalho	4	0,448
Possibilidades de desenvolvimento	3	0,540
Significado do trabalho	3	0,689
Compromisso face ao local de trabalho	2	0,410
Relações Sociais e Liderança	21	0,741
Previsibilidade	2	0,515
Transparência do papel laboral desempenhado	3	0,671
Recompensas (Reconhecimento)	3	0,715
Conflitos laborais	3	0,528
Apoio social de colegas	3	0,766
Apoio social de superiores	3	0,875
Qualidade da liderança	4	0,934
Valores no Local de Trabalho	12	0,794
Comunidade social no trabalho	3	0,775
Confiança horizontal	3	0,676
Confiança vertical	3	0,634
Justiça e respeito	3	0,790
Interface Trabalho-Indivíduo	8	0,674 (a)
Satisfação no trabalho	4	0,808
Insegurança laboral	1	*

Conflito trabalho/família	3	0,769
Saúde e Bem Estar	11	0,887
Saúde geral	1	*
Problemas em dormir	2	0,849
<i>Burnout</i>	2	0,837
Stresse	2	0,821
Sintomas depressivos	2	0,810
Autoeficácia	2	0,413
Comportamentos ofensivos	4	0,676
COPSOQ Total	76	0,912

* Alpha de Cronbach não calculado porque a subescala é composta por apenas 1 questão
(a) Sem C60 o *Alpha de Cronbach* subiria para 0,812

Tabela 2 - Consistência interna do COPSOQ

Verifica-se que:

- Os valores do *Alpha de Cronbach*, nas 7 dimensões, variam entre 0,565 e 0,887.
- A dimensão **Organização do Trabalho e Conteúdo**, apresenta uma pobre consistência interna, com o valor de 0,565;
- As dimensões **Exigências Laborais**, **Interface Trabalho-Indivíduo** e **Comportamentos Ofensivos** apresentam uma consistência interna questionável, respectivamente 0,638, 0,674 e 0,676. A retirada da questão 60 da subescala Interface Trabalho-Indivíduo melhoraria a consistência interna da escala, para 0,812, mas optou-se por mantê-la por ser uma questão relevante que retrata a insegurança laboral;
- As dimensões **Relações Sociais e Liderança** e **Valores no Local de Trabalho** apresentam uma consistência interna aceitável com o valor de 0,741 e 0,794;
- A dimensão **Saúde e Bem Estar** apresenta uma boa consistência interna de 0,887.
- No seu total o COPSOQ apresenta uma consistência interna muito boa, com o valor de *Alpha de Cronbach* de 0,912.

ESPE

Subescalas ESPE	Nº de questões	Alpha de Cronbach
I. A morte e o morrer	7	0,719
II. Conflitos com os médicos	5	0,693
III. Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	3	0,683
IV. Falta de apoio dos colegas	3	0,607
V. Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	4	0,574
VI. Carga de trabalho	6	0,505*
VII. Incerteza quanto aos tratamentos	5	0,702
ESPE Escala Total	33	0,888

*Retirando a questão ESPE25 da subescala o Alpha de Cronbach sobe para 0,612

Tabela 3 - Consistência interna da ESPE

Verifica-se assim que:

- Os valores do Alpha de Cronbach das subescalas da ESPE variam entre 0,505 e 0,719.
- As subescalas **Carga de trabalho** e **Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes** apresentam uma pobre consistência interna entre os itens que as constituem (respetivamente 0,505 e 0,574). A retirada da questão ESPE25 da subescala **Carga de trabalho** melhoraria a consistência interna da escala (0,612), no entanto optou-se por manter o referido item, pois são situações que podem acontecer no SUG.
- As subescalas **Falta de apoio dos colegas**, **Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares** e **Conflitos com os médicos** apresentam uma consistência interna questionável (respetivamente 0,607, 0,683, 0,693);
- As subescalas **Incerteza quanto aos tratamentos** e **A morte e o morrer** apresentam uma consistência interna aceitável (respetivamente 0,702 e 0,719).
- No seu total (33 itens), a escala ESPE apresenta uma boa consistência interna (0,888).

7.2. Caraterização da amostra

No sentido de caraterizar a amostra, foram incluídas no questionário 12 questões que procuraram obter dados sobre as caraterísticas sociodemográficas e socioprofissionais, constituindo estas as variáveis independentes.

7.2.1. Caraterização sociodemográfica

As variáveis que constituem a caraterização sociodemográfica são: sexo, idade (grupo etário), estado civil e habilitações académicas.

Sexo

Em relação ao sexo, cerca de 70% da população em estudo são do sexo feminino .

<i>Sexo</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Masculino	19	29,2
Feminino	46	70,8
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros em função do sexo

Grupo etário

Relativamente à idade, existem dois grupos etários representados em maior número, nomeadamente o grupo dos *25-30 anos* com 35,4% e o grupo dos *31-35 anos* com 36,9%. Juntando os três primeiros grupos, perfaz o numero de 83,1%, constatando-se estarmos presentes a uma equipa jovem com um número significativo de enfermeiros com idade inferior a 36 anos.

<i>Grupo Etário</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
< 25 anos	7	10,8
25-30 anos	23	35,4
31-35 anos	24	36,9
36-40anos	4	6,2
> 40 anos	7	10,8
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros em função do grupo etário

Estado Civil

Podemos constatar que cerca de 50% dos enfermeiros são solteiros, e os restantes são casados ou vivem em união de facto.

<i>Estado Civil</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Solteiro	33	50,8
Casado	24	36,9
União de facto	8	12,3
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros em função do estado civil**Habilitações Académicas**

Em relação às habilitações académicas, na sua maioria, cerca de 75% são licenciados e os outros 25% possuem formação de pós-licenciatura de especialização em enfermagem ou mestrado.

<i>Habilitações Académicas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Licenciatura	49	75,4
Pós-Licenciatura/Mestrado	16	24,6
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros em função das habilitações académicas**7.2.2. Caracterização Socioprofissional**

As variáveis que constituem a caracterização socioprofissional são: anos de profissão, antiguidade no serviço, vínculo ao CHS, horário de trabalho, trabalho por turnos, trabalho noturno, funções de chefia. Foi incluída ainda uma questão acerca da influência que o horário de trabalho poder ou não influenciar a vida social e familiar.

Anos de profissão

Constatou-se que o maior número de enfermeiros (33,8%), exercem a sua profissão entre 1 a 5 anos, seguindo-se os enfermeiros com 6 a 10 anos, 27,7%. Se juntarmos os dois primeiros grupos, constata-se que 43% dos enfermeiros trabalha há menos de 6 anos, facto que corrobora o facto de ser uma equipa jovem.

<i>Anos de Profissão</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
< 1 ano	6	9,2
1-5 anos	22	33,8
6-10 anos	18	27,7
11-15 anos	10	15,4
> 15 anos	9	13,8
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros em função dos anos de profissão

Antiguidade no serviço

Relativamente à antiguidade no serviço, podemos constatar que o maior grupo de enfermeiros trabalha no SUG entre 6 meses e 2 anos (36,9%) e que 61,5% trabalha há menos de 6 anos no SUG.

<i>Antiguidade no Serviço</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
< 6 meses	7	10,8
6 meses - 2 anos	24	36,9
3-5 anos	9	13,8
6-10 anos	10	15,4
10-15 anos	9	13,8
> 15 anos	6	9,2
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros em função da antiguidade no serviço

Vínculo ao CHS

Em relação ao vínculo contratual com a organização, 23,1% dos enfermeiros possuem um contrato de trabalho em funções públicas (por tempo indeterminado), pelo que a maior parte dos enfermeiros, 72,3% encontram-se em contrato individual de trabalho (CIT) e apenas 4,6% encontram-se numa situação de contratação precária.

<i>Vínculo ao CHS</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
CTFP	15	23,1
CIT	47	72,3
Outro	3	4,6
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros em função do vínculo ao CHS

Horário de trabalho

Ao nível do horário de trabalho, encontramos um número maior de enfermeiros (58,5%) a cumprir 40 horas de trabalho semanal, enquanto que os restantes cumprem 35 horas.

<i>Horário de Trabalho</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
35 horas	27	41,5
40 horas	38	58,5
<i>Total</i>	65	100,0

Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros em função do horário de trabalho

Trabalho por turnos

O trabalho por turnos é realizado quase pela totalidade dos enfermeiros, sendo apenas 2 (3,1%) os enfermeiros que cumprem horário fixo.

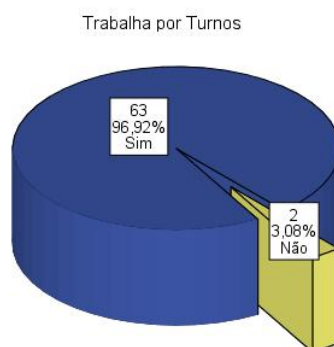


Gráfico 1 - Número de enfermeiros que trabalham por turnos

Trabalho no turno da noite

Neste aspeto, o número de enfermeiros que faz turnos são 63 pelo que serão apenas estes que responderão a esta questão. Desta forma, considerando um total de 63 inquiridos, cerca de 90% trabalham inclusivamente no turno da noite, enquanto que os restantes apenas fazem dois turnos.

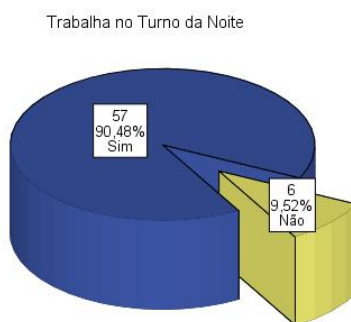


Gráfico 2 - Número de enfermeiros que trabalham no turno da noite

Funções de chefia

Em relação ao exercício de funções de chefia, quer de serviço quer de equipa, são 18,5% que desempenham essas funções, considerando-se aqui os chefes de equipa e o chamado “segundo elemento” que também desempenha essas funções sempre que necessário.

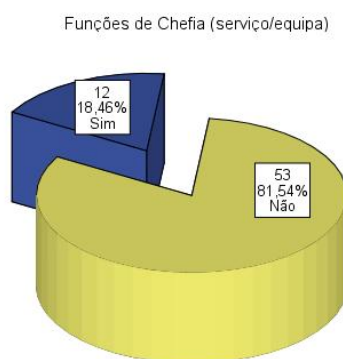


Gráfico 3 - Número de enfermeiros que têm funções de chefia

Inserida nas variáveis socioprofissionais foi colocada uma questão que tem a haver com o horário de trabalho, na medida em que esse pode ou não interferir na vida social e pessoal de cada enfermeiro. A resposta foi quase unânime de que o horário de trabalho realmente interfere com a vida social e familiar, em que apenas um enfermeiro respondeu que não.



Gráfico 4 - Número de enfermeiros que reconhece que o horário interfere com a sua vida social e familiar

7.3. Análise dos fatores de riscos psicossociais

Na análise do COPSQ, foi considerada uma escala, para cada dimensão e subescala, com o valor mínimo de 1 e máximo de 5 valores, sendo calculada a Média, Desvio Padrão, Assimetria e Curtose.

COPSOQ

Dimensões e subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
					Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
Exigência Laborais	2,88	4,75	3,83	,38761	,074	,297	,240	,586
Exigências quantitativas	1,67	5,00	3,02	,65053	,197	,297	,545	,586
Ritmo de trabalho *	1,00	5,00	4,26	,81542	-1,235	,297	2,471	,586
Exigências cognitivas	3,33	5,00	4,27	,38592	-,188	,297	,035	,586
Exigências emocionais *	3,00	5,00	4,48	,56202	-,452	,297	-,817	,586
Organização do Trabalho e conteúdo	1,58	3,50	2,37	,35538	,288	,297	,890	,586
Influência no trabalho	1,75	4,25	3,24	,60826	-,536	,297	-,314	,586
Possibilidades de desenvolvimento	1,00	3,00	1,64	,46513	,390	,297	-,281	,586
Significado do trabalho	1,00	4,33	1,78	,59928	1,194	,297	3,657	,586
Compromisso face ao local de trabalho	1,00	5,00	2,60	,76137	,746	,297	1,707	,586
Relações Sociais e Liderança	2,05	3,95	2,98	,35951	,020	,297	,444	,586
Previsibilidade	2,00	4,50	3,21	,52211	,020	,297	-,136	,586
Transparência do papel laboral desempenhado	1,00	3,33	2,00	,54962	,281	,297	-,095	,586
Recompensas (Reconhecimento)	1,33	5,00	3,42	,75984	-,432	,297	,914	,586
Conflitos laborais	1,67	4,33	3,31	,48343	-,496	,297	1,623	,586
Apoio social de colegas	1,00	4,00	2,37	,58780	,248	,297	,830	,586
Apoio social de superiores	1,00	5,00	2,96	,82522	-,109	,297	-,088	,586
Qualidade da liderança	2,00	5,00	3,49	,87161	,166	,297	-,841	,586
Valores no Local de Trabalho	1,67	3,83	2,65	,41586	,296	,297	,631	,586
Comunidade social no trabalho	1,00	3,00	1,89	,49045	-,024	,297	-,043	,586
Confiança horizontal	1,33	3,67	2,52	,57424	-,357	,297	-,323	,586
Confiança vertical	1,00	4,33	2,79	,66293	,218	,297	,334	,586
Justiça e respeito	2,00	5,00	3,41	,65217	,424	,297	,590	,586
Interface Trabalho-Indivíduo	2,25	4,38	3,28	,53822	,145	,297	-,626	,586
Satisfação no trabalho	1,75	4,75	3,18	,66983	,323	,297	-,234	,586
Insegurança laboral *	1,00	5,00	2,58	1,45658	,453	,297	-1,115	,586
Conflito trabalho/família	1,67	5,00	3,66	,77721	-,152	,297	,022	,586
Saúde e Bem Estar	1,00	4,45	2,99	,66744	-,718	,297	1,147	,586
Saúde geral *	1,00	5,00	2,91	,87897	-,386	,297	,116	,586
Problemas em dormir	1,00	5,00	2,95	1,09374	-,099	,297	-,398	,586
Burnout	1,00	5,00	3,52	,86797	-,924	,297	1,174	,586
Stresse	1,00	5,00	3,19	,86914	-,362	,297	,273	,586
Sintomas depressivos	1,00	5,00	2,79	,99566	-,184	,297	-,480	,586
Autoeficácia	1,00	4,00	2,56	,56255	-,589	,297	,883	,586
Comportamentos ofensivos	1,00	4,00	2,18	,70055	,057	,297	-,167	,586

* Subescala composta por uma única questão

Tabela 12 - Estatística Descritiva - COPSOQ

Tal como referido anteriormente, a interpretação dos resultados obtidos tem em conta o cálculo da média em cada fator, pelo que consegue-se assim determinar o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão pode representar, através da divisão da amplitude da cotação dos itens em três partes iguais, com pontos de corte de 2,33 e 3,66, permitindo assim uma interpretação em “semáforo”, com as designações de: *verde* (situação favorável para a saúde), *amarelo* (situação intermédia) e *vermelho* (risco para a saúde).

Após observar o quadro anterior, podemos constatar que:

- Existe um elevado risco psicossocial, na dimensão **Exigências Laborais**, em todas as suas subescalas, excepto na subescala *Exigências quantitativas*, em que o risco é intermédio;
- Na dimensão **Organização do Trabalho e Conteúdo**, o risco é intermédio nas subescalas *Influência no trabalho* e *Compromisso face ao local de trabalho*, no entanto as subescalas *Possibilidades de Desenvolvimento* e *Significado do Trabalho* encontramos baixo risco psicossocial;
- Na dimensão **Relações Sociais e Liderança**, de um modo geral o risco é intermédio, no entanto, na subescala *Transparência do Papel Desempenhado* o risco é baixo;
- Na dimensão **Valores no Local de Trabalho**, em quase todas as subescalas o risco é intermédio, no entanto na subescala *Comunidade Social no Trabalho* o risco é baixo;
- Na dimensão **Interface Trabalho-Indivíduo**, nas subescalas *Satisfação no trabalho* e *Insegurança laboral*, o risco é intermédio, enquanto que na subescala *Conflito trabalho/família* o risco é elevado;
- Na dimensão **Saúde e Bem Estar**, o risco é intermédio em todas as suas subescalas;
- Na dimensão **Comportamentos Ofensivos**, o risco é baixo.

No sentido de visualizarmos os valores obtidos em tercís, apresenta-se no gráfico 5, os resultados gerais das subescalas do COPSQ, dividindo as pontuações em tercís, tal como recomendado por Moncada (2008), no sentido de facilitar a percepção do impacto para a saúde que a exposição a determinados fatores, através de um modelo tricolor, sendo mais

fácil visualizar quais as subescalas que se encontram numa situação favorável para a saúde, outras em que o risco é intermédio e outras em que existe realmente risco para a saúde.

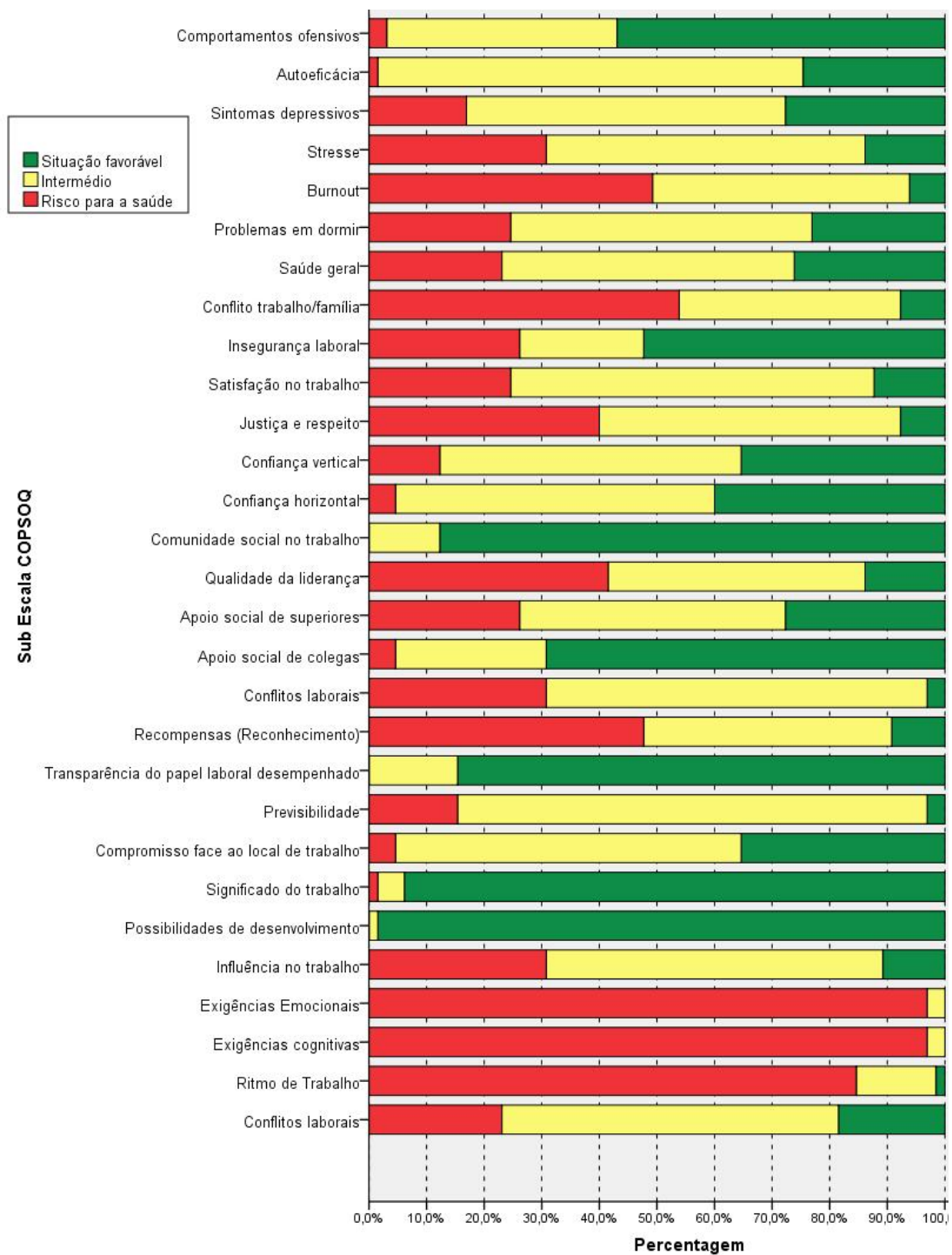


Gráfico 5 - Tercis obtidos nas subescalas do COPSOQ

7.4. Análise da ESPE

Na análise da ESPE, foi considerada uma escala, para cada dimensão, com o valor mínimo de 1 e máximo de 4 valores, sendo calculada a média, desvio padrão, coeficiente de variação, assimetria e curtose.

ESPE

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação %	Assimetria		Curtose	
						Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
A morte e o morrer	1,57	3,57	2,51	0,44	17,47	-,008	,297	-,223	,586
Conflitos com os médicos	1,20	3,60	2,51	0,47	18,87	,034	,297	,069	,586
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	1,00	3,33	2,34	0,51	21,92	,132	,297	-,176	,586
Falta de apoio dos colegas	1,00	4,00	2,17	0,48	21,92	1,133	,297	2,898	,586
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	1,00	2,75	2,05	0,46	22,63	-,423	,297	-,622	,586
Carga de trabalho	1,67	3,67	2,90	0,39	13,44	-,596	,297	1,038	,586
Incerteza quanto aos tratamentos	1,00	4,00	2,58	0,49	17,47	-,200	,297	1,605	,586

Tabela 13 - Estatística Descritiva - ESPE

Na análise da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros, podemos constatar que dentro das dimensões consideradas nesta escala a que mais origina stresse nos enfermeiros que trabalham no SUG do CHS é a dimensão **Carga de Trabalho** (Média=2,90). Seguem-se as dimensões **Incerteza quanto aos tratamentos** (Média=2,58), **A morte e o morrer** (Média=2,51) e a **Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares** (Média=2,34). As dimensões menos consideradas como geradoras de stresse são **Falta de apoio dos colegas** (Média=2,17) e **Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes** (Média=2,05).

Se pretendermos saber a homogeneidade dos dados podemos recorrer ao coeficiente de variação (CV) que analisa a dispersão em termos relativos, pelo que quanto menor for o seu valor, mais homogêneos serão os dados. O coeficiente de variação obtém-se pela seguinte fórmula:

$$CV = \frac{\text{desvio padrão}}{\text{média}} \times 100$$

Os valores de referência são:

- menor ou igual a 15% → baixa dispersão: dados homogêneos
- entre 15 e 30% → média dispersão
- maior que 30% → alta dispersão: dados heterogêneos

Assim, podemos constatar que a dimensão Carga de trabalho tem uma baixa dispersão e as restantes dimensões têm média dispersão. Pelo que se pode afirmar que os valores de dispersão obtidos confirmam, de um modo geral, a precisão da pesquisa efetuada utilizando a ESPE neste estudo.

7.5. Comparações das variáveis com as dimensões de COPSOQ & ESPE

Tendo em conta as variáveis consideradas para o estudo, vão ser realizadas em seguida as comparações de médias entre 2 ou mais grupos independentes relativamente à variáveis dependentes das dimensões consideradas no COPSOQ e na ESPE.

Serão apenas apresentadas as tabelas relativas às dimensões onde se verificaram diferenças significativas, as restantes tabelas serão apresentadas em Apêndice.

7.5.1. Comparações por Sexo

COPSOQ

Não se observam diferenças significativas entre os sexos em nenhuma das dimensões do COPSOQ. As diferenças de médias observadas entre os sexos não são estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice III).

ESPE

Dimensão ESPE	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	Masculino	19	2,26	0,50	-2,761	,010
	Feminino	46	2,61	0,37		
Conflitos com os médicos	Masculino	19	2,28	0,53	-2,551	,013
	Feminino	46	2,60	0,42		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Masculino	19	2,09	0,47	-2,706	,009
	Feminino	46	2,45	0,50		
Falta de apoio dos colegas	Masculino	19	1,98	0,39	-2,088	,041
	Feminino	46	2,25	0,49		
Carga de trabalho	Masculino	19	2,68	0,44	-3,154	,002
	Feminino	46	2,99	0,33		

Tabela 14 – Diferenças significativas nas comparações por sexo - ESPE

Observam-se diferenças significativas entre os sexos ao nível das dimensões **A morte e o morrer**, **Conflitos com os médicos**, **Falta de apoio dos colegas**, ($p < 0,05$), **Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares** e **Carga de trabalho** ($p < 0,01$).

Os inquiridos do sexo feminino apresentam uma média de pontuações significativamente superior aos do sexo masculino em **A morte e o morrer** (Média Fem=2,61 vs. Média Masc=2,26), **Conflitos com os médicos** (Média Fem=2,60 vs. Média Masc=2,28), **Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares** (Média Fem=2,45 vs. Média Masc=2,09), **Falta de apoio dos colegas** (Média Fem=2,25 vs. Média Masc=1,98), **Carga de trabalho** (Média Fem=2,99 vs. Média Masc=2,68).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas entre os sexos ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice IV).

7.5.2. Comparações por Escalão Etário

COPSOQ

Dimensão COPSOQ	Funções de Chefia	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
Saúde e Bem Estar	< 25 anos	7	2,57	0,72	3,667	,010
	25-30 anos	23	3,09	0,59		
	31-35 anos	24	3,09	0,60		
	36-40 anos	4	3,59	0,45		
	> 40 anos	7	2,40	0,73		
Comportamentos ofensivos	< 25 anos	7	1,36	0,48	3,625	,010
	25-30 anos	23	2,16	0,60		
	31-35 anos	24	2,41	0,64		
	36-40 anos	4	2,19	0,80		
	> 40 anos	7	2,32	0,87		

Tabela 15 – Diferenças significativas nas comparações por escalão etário - COPSOQ

Observam-se diferenças significativas entre grupos etários ao nível da **Saúde e Bem Estar** ($F(4,60)=3,667$; $p=0,10$) e dos **Comportamentos Ofensivos** ($F(4,60)=3,625$; $p=0,10$).

Os inquiridos do escalão etário 36-40 anos apresentam uma média em bem estar (Média=3,59) significativamente superior aos inquiridos com < 25 anos (Média=2,57) (Bonferroni; $p=0,032$).

Os inquiridos do escalão etário 31-35 anos apresentam uma média em comportamentos ofensivos (Média=2,41) significativamente superior aos inquiridos < 25 anos (Média=1,36) (Bonferroni; $p=0,004$).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice V).

Nas situações em que não se observou homogeneidade de variância entre os 5 grupos em comparação ($p < 0,05$ no Teste de Levene), utilizou-se a alternativa de Brown-Forsythe à ANOVA.

ESPE

Dimensão ESPE	Escalão Etário	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
Conflitos com os médicos	< 25 anos	7	2,29	0,55	2,547	,048
	25-30 anos	23	2,56	0,40		
	31-35 anos	24	2,62	0,46		
	36-40 anos	4	2,70	0,60		
	> 40 anos	7	2,09	0,41		
Carga de trabalho	< 25 anos	7	2,76	0,16	3,613	,011
	25-30 anos	23	2,92	0,26		
	31-35 anos	24	3,04	0,45		
	36-40 anos	4	2,88	0,25		
	> 40 anos	7	2,48	0,47		
Incerteza quanto aos tratamentos	< 25 anos	7	2,23	0,35	2,558	,048
	25-30 anos	23	2,67	0,37		
	31-35 anos	24	2,71	0,53		
	36-40 anos	4	2,50	0,26		
	> 40 anos	7	2,26	0,63		

Tabela 16 - Diferenças significativas nas comparações por escalão etário - ESPE

Observam-se diferenças significativas entre grupos etários ao nível da **Carga de trabalho** ($p < 0,05$). Os inquiridos dos 31-35 anos (Média=3,04) apresentam uma média em Carga de Trabalho significativamente superior à dos inquiridos com idades > 40 anos (Média=2,48) (Bonferroni $p=0,006$).

Nas dimensões **Conflitos com os Médicos** e **Incerteza quanto aos tratamentos** o p-valor encontra-se na proximidade do nível de significância 0,05, conduzindo a um erro de tomada de decisão, não se identificando nas comparações múltiplas diferenças entre os grupos etários (Bonferroni $p \geq 0,05$).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice VI).

7.5.3. Comparações por Estado Civil

As categorias Casado e União de Fato foram agrupadas, na medida em que as situações vivenciais não diferem e o número de casos de inquiridos em união de fato era diminuto, nomeadamente 8 casos.

COPSOQ

Não se observam diferenças significativas entre inquiridos Solteiros e Casados/União de Fato em nenhuma das dimensões do COPSOQ ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice VII).

ESPE

Não se observam diferenças significativas entre inquiridos dos diferentes estados civis, em nenhuma das dimensões ESPE ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice VIII).

7.5.4. Comparações por Habilitações Académicas

COPSOQ

Dimensão COPSOQ	Habilitações Académicas	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Relações Sociais e Liderança	Licenciatura	49	2,89	0,33	-3,701	,000
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	3,24	0,33		
Valores no Local de Trabalho	Licenciatura	49	2,56	0,38	-3,136	,003
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	2,92	0,42		

Tabela 17 - Diferenças significativas nas comparações por habilitações académicas -COPSOQ

Observam-se diferenças significativas entre inquiridos com Licenciatura e com Pós-Licenciatura/Mestrado ao nível das dimensões **Relações Sociais e Liderança** e **Valores no Local de Trabalho** do COPSOQ ($p < 0,05$). Os inquiridos com Pós-Licenciatura/Mestrado apresentam uma média significativamente superior em **Relações Sociais e Liderança** (Média PósLic=3,24), relativamente aos inquiridos com Licenciatura

(Média Lic=2,89) e em **Valores no Local de Trabalho** (Média PósLic=2,92, Média Lic=2,56).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas entre os inquiridos com Licenciatura e Pós-Licenciatura ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice IX).

ESPE

Não se observam diferenças significativas entre os inquiridos com Licenciatura e com Pós-Licenciatura/Mestrado em nenhuma das dimensões ESPE ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice X).

7.5.5. Comparações por Anos de Profissão

COPSOQ

Dimensão COPSOQ	Anos de Profissão	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
Comportamentos ofensivos	< 1 ano	6	1,63	0,80	3,001	,025
	1-5 anos	22	1,94	0,53		
	6-10 anos	18	2,40	0,66		
	11-15 anos	10	2,48	0,74		
	> 15 anos	9	2,39	0,77		

Tabela 18 - Diferenças significativas nas comparações por anos de profissão - COPSOQ

Apesar do p-valor na dimensão **Comportamentos ofensivos** ser $< 0,05$, nas comparações múltiplas de Bonferroni não se identificam diferenças significativas entre inquiridos com diferentes escalões de atividade profissional ($p \geq 0,05$).

Face à pequena dimensão de alguns dos grupos das variáveis sócio demográficas, a rejeição da hipóteses nula poderá conduzir a um Erro tipo I (rejeitar H_0 , sendo esta verdadeira), não se identificando diferenças entre os grupos por efeito da realização dos teste de comparações múltiplas .

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XI).

ESPE

Dimensão ESPE	Anos de Profissão	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	< 1 ano	6	1,71	0,53	2,716	,038
	1-5 anos	22	2,01	0,49		
	6-10 anos	18	2,29	0,36		
	11-15 anos	10	2,08	0,46		
	> 15 anos	9	1,86	0,38		
Carga de trabalho	< 1 ano	6	2,75	0,14	4,006	,006
	1-5 anos	22	2,89	0,32		
	6-10 anos	18	3,00	0,36		
	11-15 anos	10	3,13	0,43		
	> 15 anos	9	2,54	0,44		

Tabela 19 - Diferenças significativas nas comparações por anos de profissão - ESPE

Observam-se diferenças significativas entre inquiridos de diferentes escalões de anos de atividade profissional ao nível da **Carga de trabalho** ($p < 0,05$). Os inquiridos com > 15 anos de atividade profissional (Média=2,54) apresentam uma média significativamente inferior em carga de trabalho que os inquiridos com 6-10 anos de profissão (Média=3,00) (Bonferroni $p=0,024$) e 11-15 anos de profissão (Média=3,13) (Bonferroni=0,006).

Na dimensão **Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes** o p-valor encontra-se na proximidade do nível de significância 0,05, conduzindo a um erro de tomada de decisão, não se identificando nas comparações múltiplas diferenças entre os grupos etários (Bonferroni; $p \geq 0,05$).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XII).

7.5.6. Comparações por Antiguidade no Serviço

COPSOQ

Não se observam diferenças significativas entre inquiridos com diferentes escalões de antiguidade de serviço ao nível das dimensões COPSOQ ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XIII).

ESPE

Não se observam diferenças significativas entre inquiridos com diferentes escalões de antiguidade de serviço ao nível das dimensões ESPE ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XIV).

7.5.7. Comparações por Vínculo ao CHS**COPSOQ**

Dimensões COPSOQ	Vínculo	N	Média	Desvio Padrão	F _(2,62)	p
Relações Sociais e Liderança	CTFP	15	2,94	0,31	7,584	,001
	CIT	47	3,04	0,34		
	Outro	3	2,29	0,24		

Tabela 20 - Diferenças significativas nas comparações por vínculo ao CHS - COPSOQ

Observam-se diferenças significativas entre inquiridos com diferentes vínculos, ao nível das Relações Sociais e Liderança ($p < 0,05$). Os inquiridos com Outro vínculo (Média=2,29) apresentam uma média significativamente inferior aos com vínculo CTFP (Média=2,94) (Bonferroni; $p=0,007$) e a vínculo CIT (Média=3,04) (Bonferroni; $p=0,001$) em Relações Sociais e Liderança.

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XV).

ESPE

Não se observam diferenças significativas entre inquiridos com diferentes vínculos ao nível das dimensões ESPE ($p > 0,05$) (cf. Apêndice XVI).

7.5.8. Comparações por horário de trabalho**COPSOQ**

Não se observam diferenças significativas entre os inquiridos que trabalham 35 horas e os que trabalham 40 horas em nenhuma das dimensões COPSOQ ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XVII).

ESPE

Não se observam diferenças significativas entre os inquiridos que trabalham 35 horas e os que trabalham 40 horas em nenhuma das dimensões ESPE ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XVIII).

7.5.9. Comparações por Trabalho por Turnos

Há que ter a devida cautela com as presentes comparações, na medida em que o grupo que não trabalha por turnos é composto unicamente por 2 inquiridos. Está-se a assim a comparar a opinião de 63 inquiridos que trabalham por turnos com os que não trabalham por turnos, cuja opinião é representada apenas por 2 inquiridos.

COPSOQ

Dimensão COPSOQ	Trabalho por Turnos	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Saúde e Bem Estar	Sim	63	3,04	0,62	2,996	,004
	Não	2	1,68	0,96		

Tabela 21 - Diferenças significativas nas comparações por trabalho por turnos - COPSOQ

Observam-se diferenças significativas entre inquiridos com e sem trabalho por turnos ao nível da dimensão **Saúde e Bem Estar** do COPSOQ ($p < 0,05$). Os inquiridos que trabalham por turnos apresentam uma média significativamente superior em **Saúde e Bem Estar** relativamente aos que não trabalham por turnos ($Média_{SIM}=3,04$ vs. $Média_{NÃO}=1,68$).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XIX).

ESPE

Dimensão ESPE	Trabalho por Turnos	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Conflitos com os médicos	Sim	63	2,53	0,45	2,556	,013
	Não	2	1,70	0,71		
Carga de trabalho	Sim	63	2,92	0,36	3,215	,002
	Não	2	2,08	0,59		

Tabela 22 - Diferenças significativas nas comparações por trabalho por turnos - ESPE

Observam-se diferenças significativas entre inquiridos que trabalham e não trabalham por turnos ao nível das dimensões **Conflitos com os Médicos** e **Carga de trabalho** ($p < 0,05$).

Os inquiridos que trabalham por turnos apresentam uma média significativamente superior aos que não trabalham por turnos em **Conflitos com os Médicos** (MédiaSIM=2,53 vs. MédiaNÃO=1,70) e **Carga de trabalho** (MédiaSIM=2,92 vs. MédiaNÃO=2,08).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XX).

7.5.10. Comparações por Turno da Noite COPSOQ

Não se observam diferenças significativas entre inquiridos que fazem e não fazem turno da noite em nenhuma das dimensões da COPSOQ ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XXI).

ESPE

Não se observam diferenças significativas entre inquiridos que fazem e não fazem turno da noite, em nenhuma das dimensões ESPE ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XXII).

7.5.11. Comparações por funções de chefia COPSOQ

Dimensão COPSOQ	Funções de Chefia	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	Sim	12	3,59	0,32	-2,391	,020
	Não	53	3,88	0,39		
Saúde e Bem Estar	Sim	12	2,60	0,84	-2,355	,022
	Não	53	3,08	0,60		

Tabela 23 - Diferenças significativas nas comparações por funções de chefia - COPSOQ

Observam-se diferenças significativas entre inquiridos com e sem funções de chefia ao nível das dimensões **Exigência Laborais** e **Saúde e Bem Estar** do COPSOQ ($p < 0,05$). Os inquiridos sem funções de chefia apresentam uma média significativamente superior em **Exigências Laborais** relativamente aos com funções de chefia (MédiaNÃO=3,88 vs.

Média_{SIM}=3,59), assim como em **Saúde e Bem Estar** (Média_{NÃO}=3,08 vs. Média_{SIM}=2,60).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XXIII).

ESPE

Dimensão ESPE	Funções de Chefia	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Falta de apoio dos colegas	Sim	12	2,00	0,14	-2,535	,014
	Não	53	2,21	0,52		
Carga de trabalho	Sim	12	2,63	0,43	-2,827	,006
	Não	53	2,96	0,36		

Tabela 24 - Diferenças significativas nas comparações por funções de chefia - COPSOQ

Observam-se diferenças significativas entre inquiridos com e sem chefia ao nível das dimensões **Falta de apoio dos colegas** e **Carga de trabalho** ($p < 0,05$).

Os inquiridos sem funções de chefia apresentam uma média significativamente superior aos com chefia em **Falta de apoio dos colegas** (Média_{NÃO}=2,21 vs. Média_{SIM}=2,00) e **Carga de trabalho** (Média_{NÃO}=2,96 vs. Média_{SIM}=2,63).

Nas restantes dimensões não se observam diferenças significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Apêndice XXIV).

8. Discussão dos Resultados

O estudo realizado teve como população alvo os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, constituído por uma amostra de 65 enfermeiros, dos quais cerca de 70% são do sexo feminino, sendo os escalões etários mais representados os compreendidos entre os 25-30 anos e 31-35 anos com cerca de 72%. O estado civil divide-se em cerca de metade solteiros e a outra metade em casados/união de facto. Ao nível das habilitações académicas, 75% são licenciados enquanto que os restantes são detentores de mestrado ou curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem.

Em relação aos dados socioprofissionais, a equipa é jovem pelo que 42% exercem a sua atividade como enfermeiro há menos de 6 anos e 47,7% trabalham no serviço há menos de 3 anos.

O vínculo contratual ao CHS mais comum é o Contrato Individual de Trabalho com cerca de 72%, seguido do CTFP com 23,1% e apenas 4,6% dos enfermeiros possuem um contrato de trabalho com termo incerto de substituição temporária com a instituição.

Verificam-se desigualdades também ao nível do horário de trabalho, pelo que 41,5% encontram-se a 35 horas e os restantes a 40 horas semanais.

Quase todos os enfermeiros trabalham por turnos, constituindo cerca de 97%, e desses enfermeiros que trabalham por turnos, 90% incluem no seu horário de trabalho, o turno da noite.

Em relação às funções de chefia, da população em estudo cerca de 18% exercem funções de chefia, seja como enfermeiro chefe/coordenador do serviço, seja como chefe de equipa de enfermagem, ou como segundo elemento (que substitui o chefe na sua ausência).

Foi colocada uma questão que se relaciona com a percepção que os enfermeiros têm acerca da influência que o horário de trabalho tem na sua vida social e familiar, e neste aspecto a resposta foi quase unânime, considerando que de facto há interferência, havendo apenas uma resposta negativa. Neste aspecto, a AESST (2000) também afirma que o horário de trabalho, neste caso o trabalho por turnos, pode ser um fator de risco psicossocial, tal como afirma Leite e Uva (2007) que relativamente à organização do trabalho fazem a mesma consideração sobre o trabalho por turnos e Freitas (2016) faz referência às alterações no âmbito social que este tipo de horários provoca, devido à falta de simultaneidade dos períodos de repouso com os demais indivíduos. A resposta afirmativa, quase unânime, a

esta questão, leva-nos a pensar que estes enfermeiros sentem de facto que a sua vida social e familiar é influenciada pelo seu horário de trabalho, sem medir aqui o seu grau de influência, mas sabe-se que é um factor que condiciona a sua vida com as devidas repercussões que daí advêm.

COPSOQ

O estudo efetuado utilizando o COPSOQ no contexto em causa, permitiu obter dados que interpretados resultam numa série de conclusões relativas aos riscos psicossociais que os enfermeiros do SUG enfrentam. No entanto, para além da importância dessas conclusões, será útil a comparação com outros estudos já realizados para a população portuguesa contemplando a área da saúde. Pelo que, em seguida vão ser interpretados os resultados obtidos, acompanhados pelas comparações com esses estudos, que neste caso terá como base o estudo que consta na versão portuguesa do COPSOQ, tendo os valores obtidos nesse estudo como valores de referência, sendo apresentados de forma gráfica em tercís.

Assim, em relação aos riscos psicossociais apurados utilizando o COPSOQ, obtivemos os seguintes resultados:

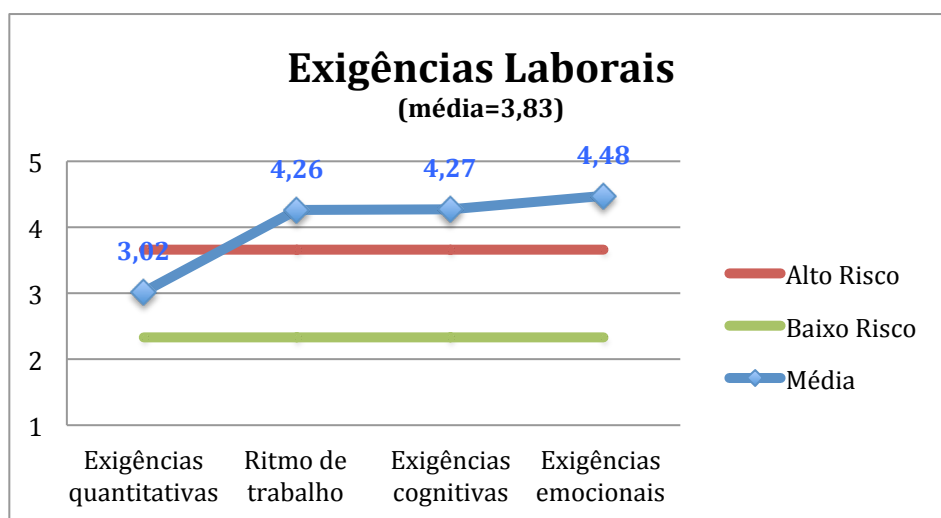


Gráfico 6 - Médias das subescalas da dimensão Exigências Laborais

Como dimensão com risco mais elevado para a saúde, surge a dimensão **Exigências Laborais** com um valor médio de 3,83, sendo sem dúvida aquela que tem maior risco para a saúde dos enfermeiros do SUG. À exceção da subescala **Exigências quantitativas**, que se encontra no nível intermédio de risco, todas as outras subescalas encontram-se em risco elevado, tendo como expoente máximo a subescala de **Exigências emocionais** com valor

médio de 4,47 que traduz aqui a elevada exigência que o trabalho dos enfermeiros do SUG ao nível emocional são expostos. Estas exigências proveem da relação com os doentes/família que recorrem ao serviço de urgência, em situações de grande vulnerabilidade e stresse, por vezes em situações críticas e até mesmo a morte, que obriga os enfermeiros a adquirir e desenvolver competências para lidar com estas situações. As **Exigências cognitivas** (média=4,27) proveem da constante atenção necessária na prestação de cuidados ao doente pelos enfermeiros, na tomada de decisão constante, por vezes difícil, e na necessidade de utilizar frequentemente a criatividade para fazer face às dificuldades inerentes ao contexto organizacional. O **Ritmo de trabalho** (média=4,26) no SUG também é elevado, em virtude da grande afluência de doentes e aos recursos humanos serem, por vezes, insuficientes, o que leva a que cada enfermeiro tenha que trabalhar mais rapidamente para conseguir dar resposta a todas as solicitações. Este facto encontra-se também relacionado com a subescala **Exigências quantitativas** (média=3,02), levando a que frequentemente o trabalho se acumule pelas elevadas exigências e por falta de tempo para completar todas as tarefas.

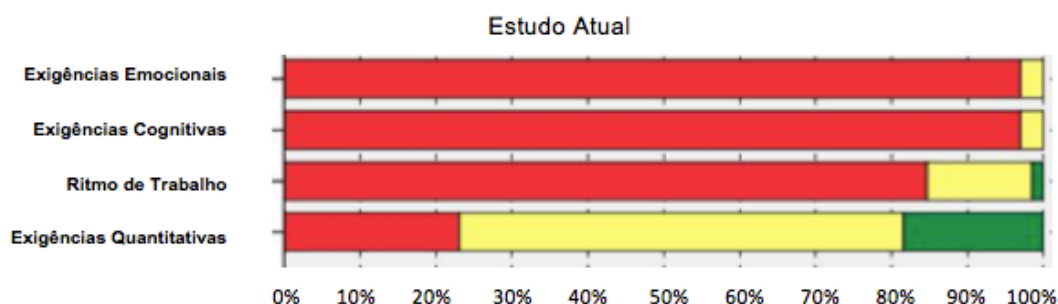


Gráfico 7 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Exigências Laborais

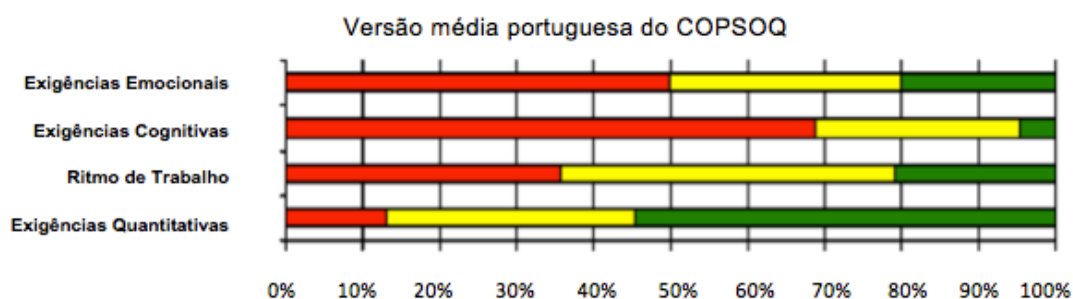


Gráfico 8 - Tercis das subescalas da dimensão Exigências Laborais da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)

Como podemos observar no Gráfico 7 comparando com o Gráfico 8, os valores obtidos do estudo atual encontram-se todos acima dos valores de referência para a população portuguesa, pelo que nos pode indicar que de facto o SUG é um serviço de grande exigência, a todos os níveis, para os enfermeiros que ali trabalham. Nas subescalas **Exigências Emocionais** e **Exigências Cognitivas** esses valores ultrapassam os 95% da população que se encontra numa situação de risco para a saúde e na subescala **Ritmo de Trabalho** o valor aproxima-se dos 85%. Este constitui um dado muito importante e relevante, pois o risco psicossocial é elevado nesta dimensão, podendo trazer repercussões ao nível da saúde dos enfermeiros, pelo que será urgente a tomada de medidas preventivas/corretivas, para evitar que os demais problemas de saúde possam surgir.

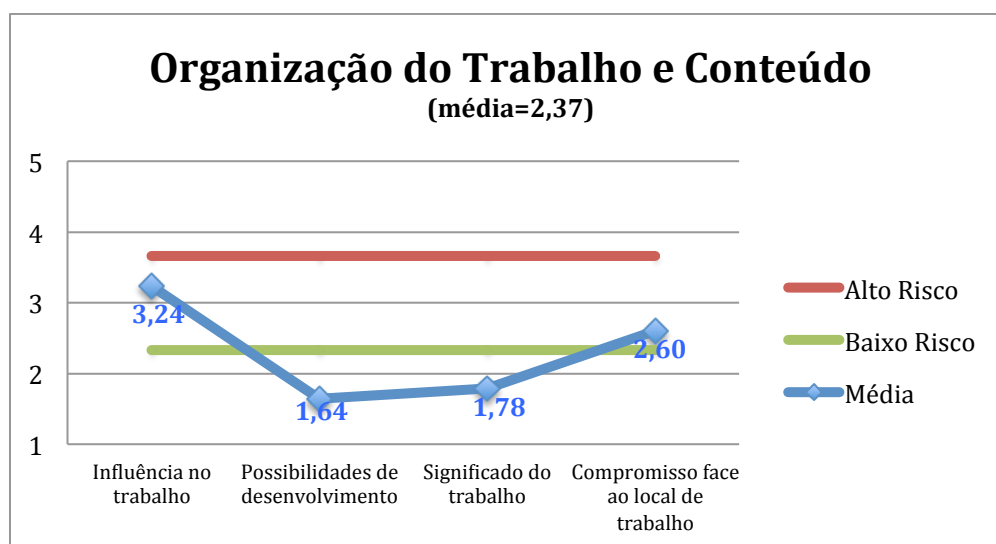


Gráfico 9 - Médias das subescalas da dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo

Na dimensão **Organização do Trabalho e Conteúdo**, o risco para a saúde é intermédio (média=2,37), embora se encontre perto do baixo risco, que se verifica nas subescalas **Possibilidades de Desenvolvimento** e **Significado do Trabalho**, que poderá estar relacionado com as características do próprio serviço, onde os enfermeiros têm oportunidade de se deparar com situações novas todos os dias onde a aprendizagem é constante e onde é frequente a aquisição e utilização de conhecimentos e competências para fazer face às exigências, envolvidos num espírito de iniciativa. Para demonstrar a entrega destes profissionais, eles sentem que o seu trabalho é importante, expressando aqui que se encontram envolvidos e motivados.

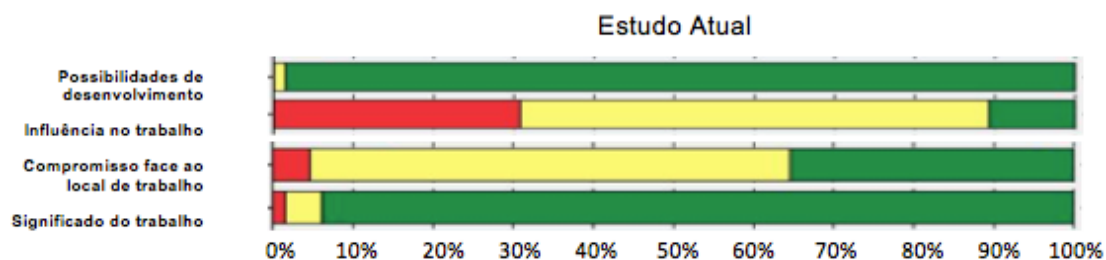


Gráfico 10 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo

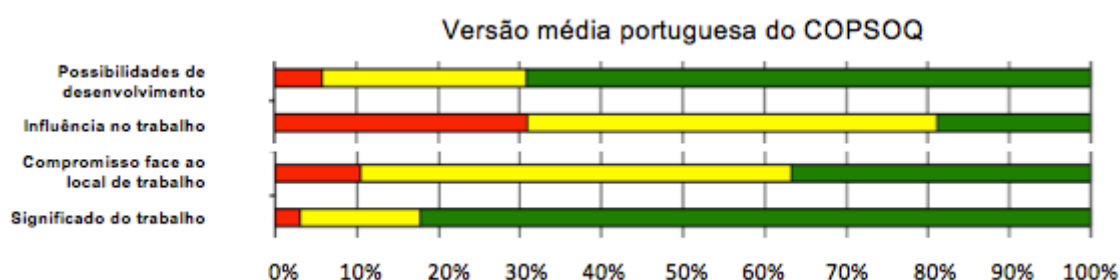


Gráfico 11 - Tercis das subescalas da dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)

Comparando com a versão média portuguesa, nesta dimensão as diferenças são menores, destacando-se pela positiva a subescala **Possibilidades de desenvolvimento**, em que quase a totalidade dos enfermeiros encontram-se numa situação favorável para a saúde. Tal como para a população portuguesa, também cerca de 30% dos enfermeiros encontram-se em risco para a saúde, na subescala **Influência no trabalho**.

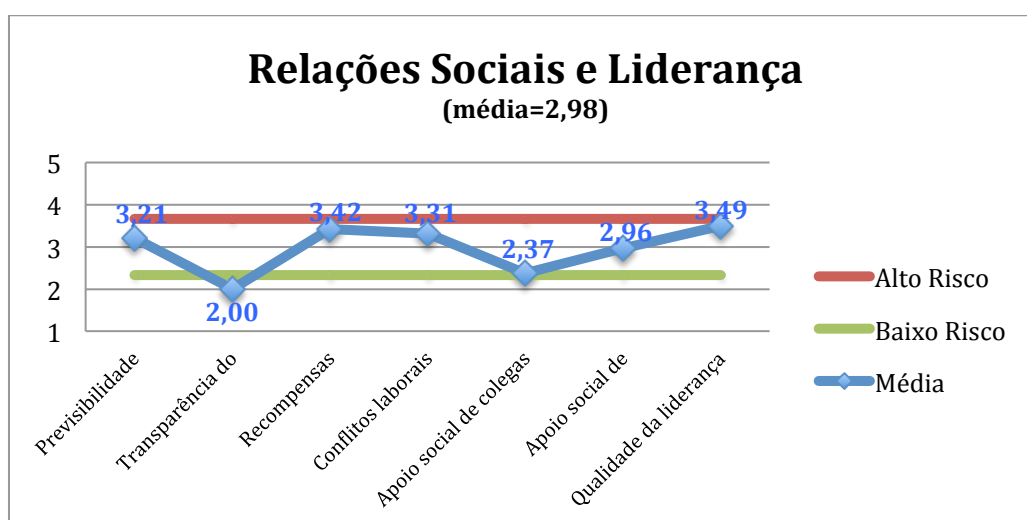


Gráfico 12 - Médias das subescalas da dimensão Relações Sociais e Liderança

Na dimensão **Relações sociais e Liderança**, o risco é intermédio (média=2,98), sendo de salientar a subescala **Transparência do papel laboral desempenhado**, que se encontra num nível baixo de risco (média=2,00), em que os enfermeiros sabem qual o seu papel no serviço, estando definido diariamente os postos de trabalho a que estão afetos e que funções têm que desempenhar, sabendo o que é esperado de si e que responsabilidades têm. Já no nível intermédio, mas perto do baixo risco, encontramos a dimensão **Apoio social de colegas** (média=2,37), o que demonstra aqui a existência frequente de entreajuda e apoio entre os colegas, onde estará implícito um cimentado “espírito de equipa”. Em sentido contrário, encontramos as subescalas **Recompensas (Reconhecimento)** (média=3,42) e **Qualidade da liderança** (média=3,49), que se encontram ainda no nível intermédio de risco, mas já com valores que se aproximam do risco elevado. Podendo estar aqui saliente que os enfermeiros do SUG, por vezes não se sentem reconhecidos pelo trabalho realizado, estando envolvido um certo sentimento de injustiça. Em relação à qualidade da liderança, também o nível de risco se aproxima do elevado, que se poderá dever a alguma insatisfação a este nível, pois a dificuldade de gerir um serviço com estas dimensões poderá levar a que nem todos se sintam satisfeitos.

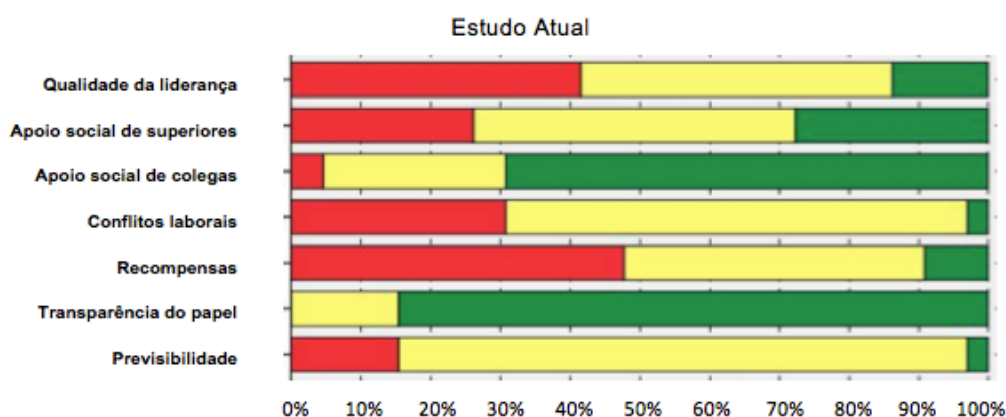


Gráfico 13 - Tercis das subescalas da dimensão Relações Sociais e Liderança

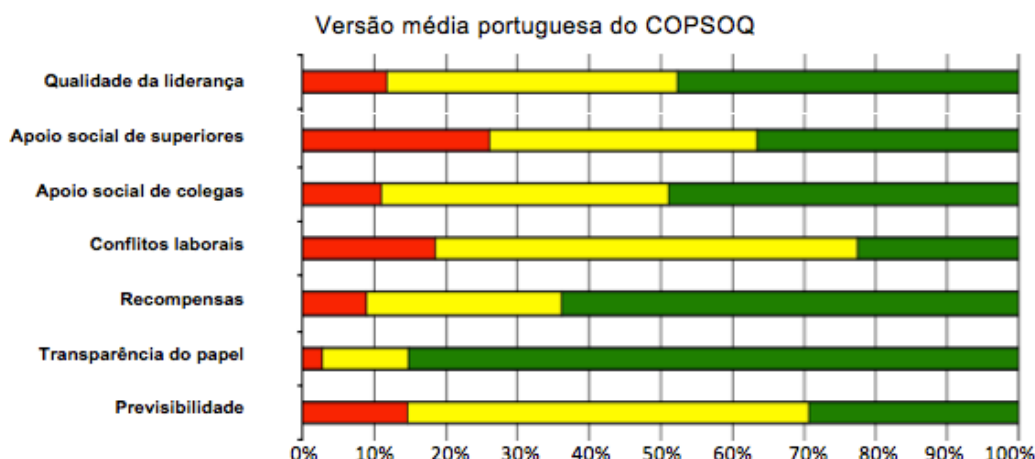


Gráfico 14 - Tercis das subescalas da dimensão Relações Sociais e Liderança da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)

Encontramos aqui, algumas diferenças entre os estudos, nomeadamente na subescala **Qualidade da liderança**, em que mais de 40% dos enfermeiros encontram-se em risco para a saúde, tal como na subescala **Recompensas** onde o valor atinge quase os 50%. Em contraste surgem as subescalas **Apoio social de colegas**, em que, quase 70% dos enfermeiros encontram-se numa situação favorável para a saúde e a subescala **Transparência do papel** onde encontramos cerca de 85% nessa mesma situação.

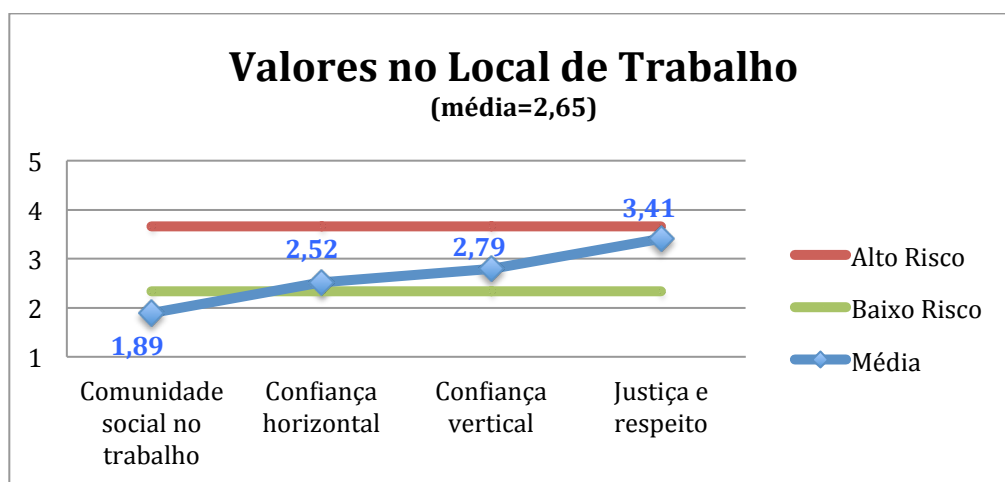


Gráfico 15 - Médias das subescalas da dimensão Valores no Local de Trabalho

Na dimensão **Valores no Local de Trabalho** (média=2,65), o nível de risco é intermédio, no entanto na subescala **Comunidade social no trabalho**, risco é baixo (média=1,98), o

que vem consubstanciar a existência do referido “espírito de equipa”, onde cada enfermeiro sente que faz parte de uma comunidade, existindo um bom ambiente de trabalho e cooperação entre os colegas. Por outro lado, na subescala **Justiça e respeito** (média=3,41), o nível aproxima-se do elevado, também reforçando a ideia de que poderá existir um sentimento de injustiça, tal como vimos na dimensão anterior, neste caso, quando falamos em reconhecimento, distribuição de trabalho e resolução de conflitos.

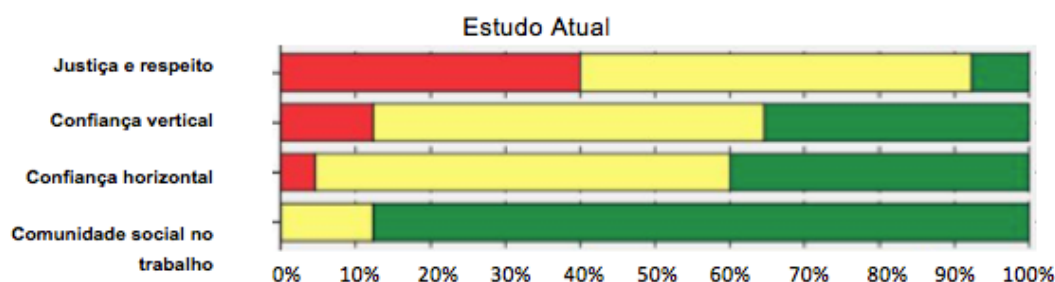


Gráfico 16 - Tercis das subescalas da dimensão Valores no Local de Trabalho

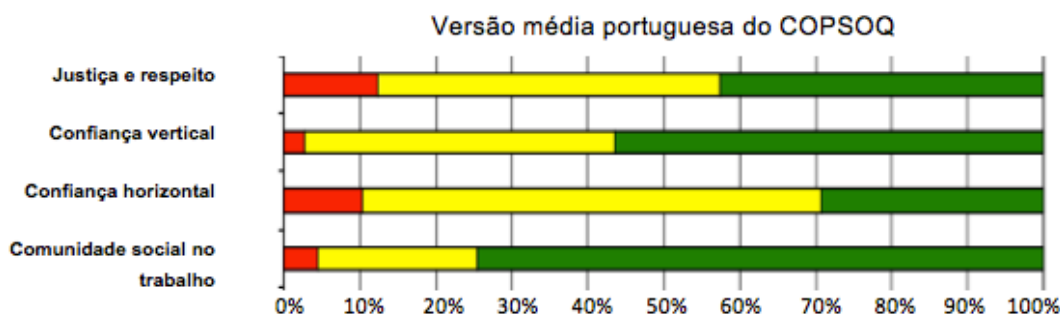


Gráfico 17 - Tercis das subescalas da dimensão Valores no Local de Trabalho da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)

Nesta dimensão também se registam diferenças, tendo como subescala mais demonstrativa a **Justiça e respeito** em que 40% dos enfermeiros se encontram em risco, enquanto no estudo da população portuguesa são cerca de 12%, por outro lado, na **Comunidade social no trabalho** cerca de 88% dos enfermeiros se encontram numa situação favorável para a saúde, divergindo dos 75% do estudo de referência.

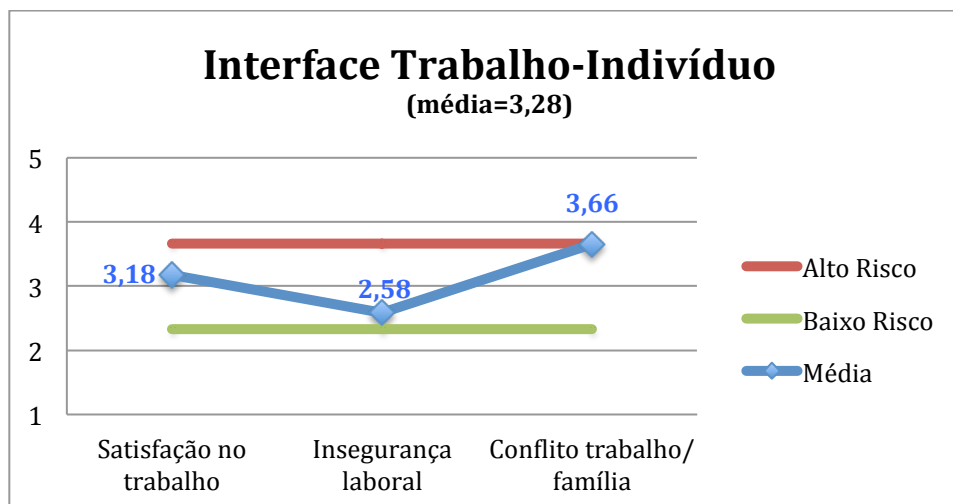


Gráfico 18 - Médias das subescalas da dimensão Interface Trabalho-Indivíduo

Na dimensão **Interface Trabalho-Indivíduo**, constata-se um nível intermédio de risco (média=3,28), no entanto na subescala **Conflito trabalho/família** (média=3,66) atinge-se o nível alto de risco para a saúde, que poderão dever-se a possíveis consequências do trabalho na vida familiar, relativas à falta de energia mental e física, derivado ao cansaço e à falta de tempo.

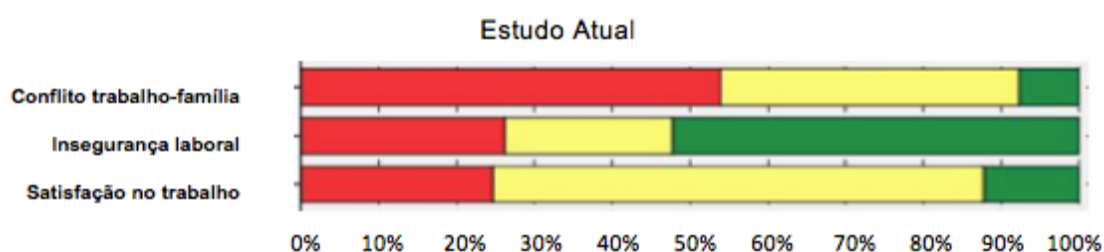


Gráfico 19 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Interface Trabalho-Indivíduo

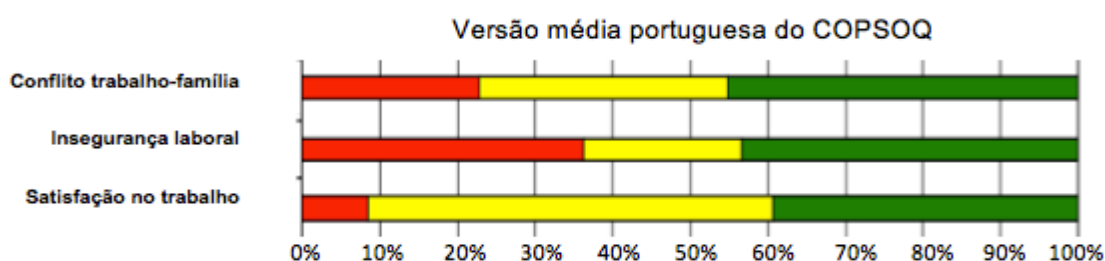


Gráfico 20 - Tercis das subescalas da dimensão Interface Trabalho-Indivíduo da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva,2012)

Nesta dimensão, a maior diferença encontra-se na subescala **Conflito trabalho-família**, em que quase 55% da amostra em estudo encontra-se em risco para a saúde e dentro da mesma subescala menos de 10% estão numa situação favorável para a saúde, enquanto que no estudo referência são cerca de 45% na mesma situação.

Na **Satisfação no trabalho** os valores também são superiores, encontrando-se nos 25% da amostra em situação de risco para a saúde, divergindo dos cerca de 8% dos valores nacionais.

Na **Insegurança laboral** o número de enfermeiros é agora inferior, constituindo cerca de 26% em situação de risco, enquanto que no outro estudo são cerca de 36%.

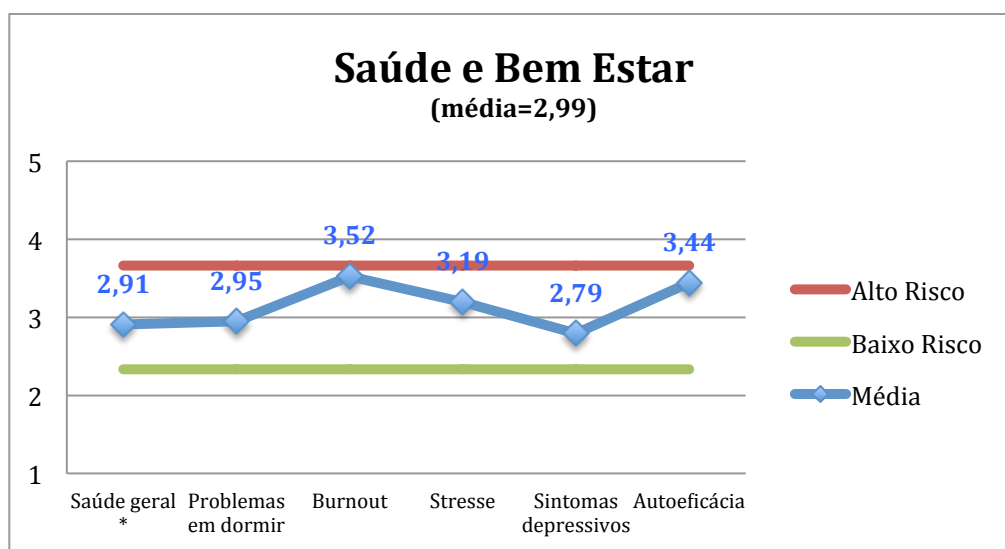


Gráfico 21 - Médias das subescalas da dimensão Saúde e Bem Estar

Na dimensão **Saúde e Bem Estar**, o risco é intermédio (média=2,99) em todas as suas subescalas, ainda que considerem em média ter uma saúde “boa”. A subescala **Burnout** (média=3,52) ainda que esteja num nível intermédio, aproxima-se do alto risco para a saúde, sendo por isso motivo de preocupação, pois poderemos encontrar enfermeiros a atingir a exaustão e a desenvolver este síndrome, derivado da grande exigência e carga de trabalho a que diariamente são expostos.

Ao nível da **Autoeficácia** (média=3,44) está relacionada com a crença que os enfermeiros têm na sua capacidade de concluir tarefas e alcançar objetivos, entendida como uma autoeficácia global, também se aproxima do nível elevado, pois o nível elevado de

exigências laborais poderá levar os enfermeiros a que não sejam capazes de dar resposta a todas as tarefas e ações de enfermagem a que são solicitados, sendo esta a provável causa da manifestação deste sentimento.

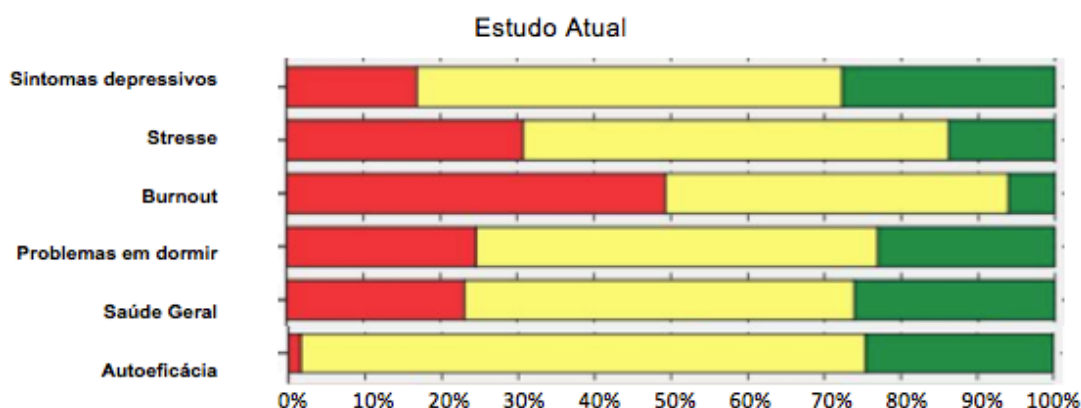


Gráfico 22 - Tercis obtidos nas subescalas da dimensão Saúde e Bem Estar

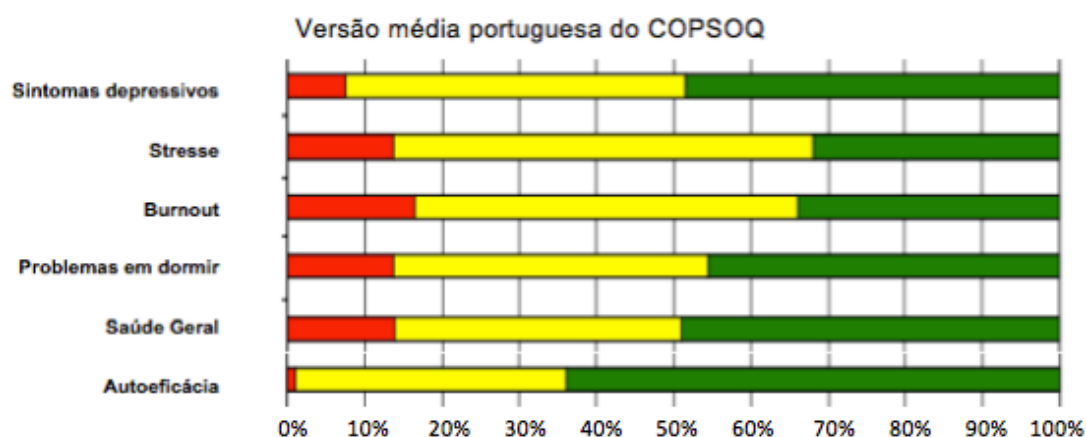


Gráfico 23 - Tercis das subescalas da dimensão Saúde e Bem Estar da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)

Na dimensão **Saúde e Bem Estar**, os valores do estudo atual também são superiores ao estudo referência, relativamente à situação de risco para a saúde, à exceção da **Autoeficácia** em que os valores são semelhantes.

De salientar aqui, o valor do *Burnout*, em que quase 50% dos enfermeiros em estudo encontram-se em situação de risco para a saúde, facto este, motivo de grande preocupação, por todas as consequências que este síndrome pode provocar, isto porque para além do plano predominantemente individual há passagem para o plano social ou relacional (Benevides-Pereira, 2002), tendo influência nos próprios cuidados aos doentes.

Também ao nível do **Stresse** os valores ultrapassam os 30% da amostra em estudo, em risco para a saúde, e na **Saúde Geral** são cerca de 23% dos enfermeiros em risco, superiores estes, aos valores da população portuguesa.

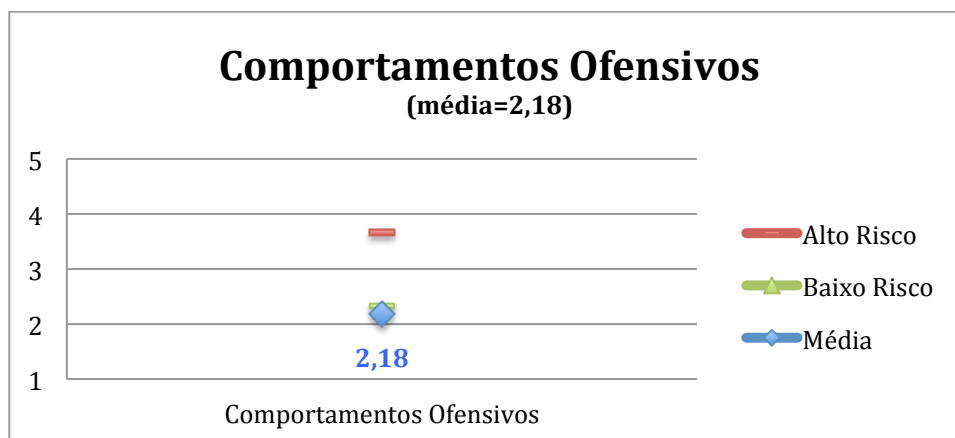


Gráfico 24 - Média da dimensão Comportamentos Ofensivos

Na dimensão **Comportamentos Ofensivos**, o risco é baixo (média=2,18), de facto os enfermeiros consideram que se encontram sujeitos a este tipo de comportamentos mas são sentidos como raros, não deixando, contudo, de acontecer.

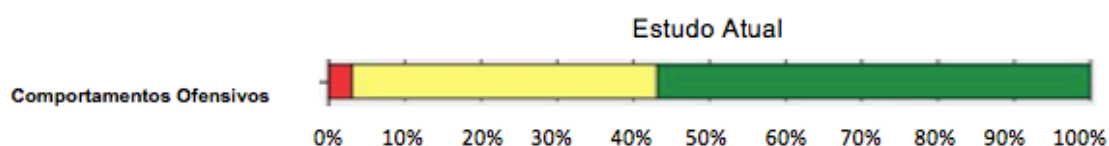


Gráfico 25 - Tercis obtidos na dimensão Comportamentos Ofensivos

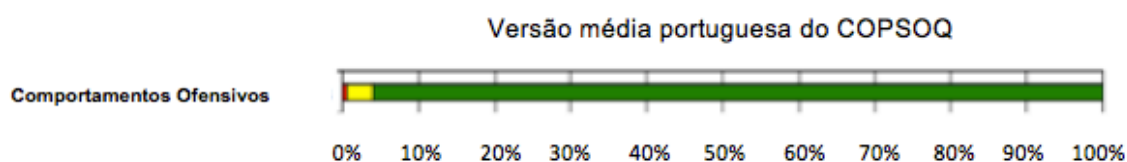


Gráfico 26 - Tercis da dimensão Comportamentos Ofensivos da versão média portuguesa do COPSOQ (Silva, 2012)

No entanto, comparando com o estudo efetuado aos trabalhadores portugueses, permite-nos afirmar que os enfermeiros do SUG, ainda que se encontrem num nível baixo de risco nesta dimensão, estão sujeitos a um nível de exposição superior à média nacional, em que cerca de 40% encontram-se em risco intermédio, o que pode levantar algumas questões ao nível da segurança destes profissionais, porque é inadmissível, ainda que baixa, a ocorrência deste tipo de comportamentos.

Na comparação com as variáveis independentes consideradas, verificaram-se algumas diferenças, que serão em seguida abordadas, tendo em conta apenas aquelas onde se verificam diferenças significativas:

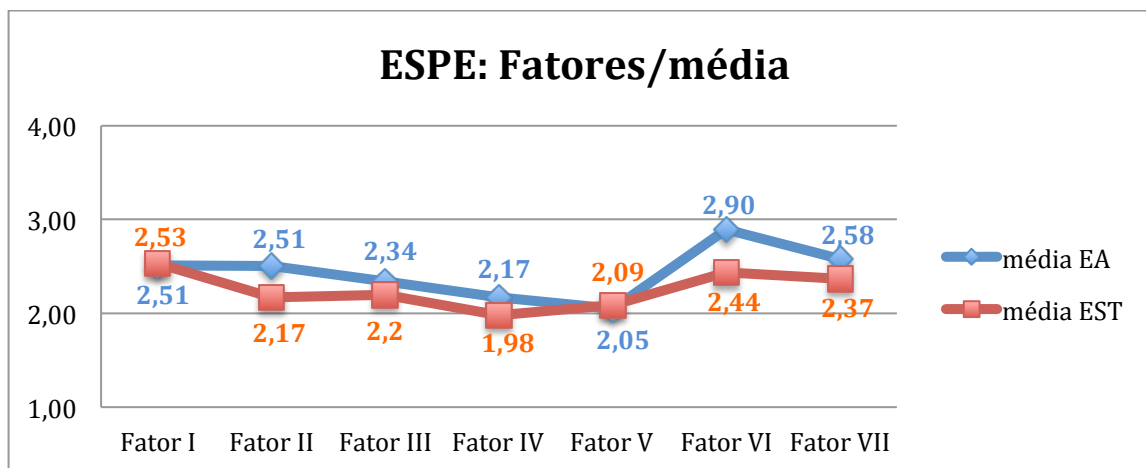
- Ao nível do *escalão etário*, observam-se diferenças significativas na dimensão **Saúde e Bem Estar**, em que o escalão etário *36-40 anos* apresenta uma média significativamente superior aos inquiridos com *< 25 anos*, que poderá dever-se ao facto de, o grupo com menor idade considerar ter um nível de saúde melhor, com níveis de stresse e cansaço inferiores. Em relação à dimensão **Comportamentos Ofensivos**, também se verificaram diferenças significativas, neste caso no escalão etário *< 25 anos* apresenta uma média significativamente inferior ao escalão etário *31-35 anos*, possivelmente por se encontrarem há menos tempo no SUG, não tendo ainda oportunidade de vivenciar este tipo de comportamentos num maior número.
- Ao nível das *habilitações académicas*, os enfermeiros que possuem cursos de pós-licenciatura ou mestrado, apresentam uma média significativamente maior que os licenciados, nas dimensões **Relações Sociais e Liderança** e **Valores no Local de Trabalho**, que se poderá dever ao facto de que os enfermeiros mais diferenciados poderem ser mais exigentes a estes níveis. Nesse sentido, ainda que se situem num nível intermédio de risco, poderão ter uma percepção mais elevada de risco relativo, designadamente, as recompensas (reconhecimento), os conflitos laborais, a qualidade da liderança e a justiça e o respeito.
- Ao nível do *vínculo ao CHS*, encontramos diferenças significativas ao nível da dimensão **Relações Sociais e Liderança**, em que os enfermeiros que se encontram com vínculos a termo e há pouco tempo no serviço, apresentam uma média significativamente inferior aos restantes, possivelmente por não terem tido ainda

tempo para fundarem uma opinião mais consonante com os pares acerca das subescalas da dimensão em causa.

- Ao nível do *trabalho por turnos*, encontramos diferenças significativas na dimensão **Saúde e Bem Estar**, em que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam uma média significativamente superior aos que não fazem turnos, facto já explorado na primeira parte do trabalho, em que Freitas (2016) documenta as implicações que o trabalho por turnos na alteração dos ritmos circadianos, que por sua vez afetará a sua saúde negativamente.
- Ao nível das *funções de chefia*, encontramos diferenças significativas nas dimensões **Exigências Laborais** e **Saúde e Bem Estar**, em que nestes casos os que não desempenham funções de chefia apresentam uma média significativamente maior, podendo este facto estar relacionado com as diferentes funções desempenhadas quer por um grupo quer por outro. Deste modo, os enfermeiros que não desempenham funções de chefia, encontram-se adstritos à prestação direta de cuidados aos doentes, considerada de grande exigência laboral, a vários níveis, encontrando-se no nível alto de risco para a saúde, enquanto que os que desempenham funções de chefia, ainda que prestem cuidados diretos aos doentes, têm outras funções que se relacionam com a gestão da equipa, que pode levar a uma percepção menor ao nível das exigências laborais. Nesta sequência poderá resultar, para os que apresentam maior nível de risco, numa sensação de maior desgaste físico e emocional, do que o outro grupo que desempenham funções de chefia, podendo justificar assim as diferenças obtidas, na dimensão em causa.

ESPE

Relativamente às situações que mais frequentemente são sentidas como stressantes pelos enfermeiros do SUG, apuradas recorrendo à utilização da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros e comparada com estudo efetuado por Santos e Teixeira (2009), considerado aqui como referência da aplicação e adaptação da ESPE em Portugal. Podemos afirmar para já que foram constatadas algumas diferenças quer na ordem quer nos valores obtidos em cada dimensão, valores esses que podemos observar no seguinte gráfico (cf. Gráfico 27).



Factor I - A morte e o morrer

Factor II - conflitos com os médicos

Factor III - preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares

Factor IV - Falta de apoio dos colegas

Factor V - conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Factor VI - carga de trabalho

Factor VII - incerteza quanto aos tratamentos

Gráfico 27 - Comparação entre as médias dos fatores ESPE do Estudo Atual (EA) e Estudo Santos e Teixeira (EST) (2009)

Assim, a situação sentida como stressante com mais intensidade para os enfermeiros do SUG é a **Carga de Trabalho** (Fator VI) em que se obteve média de 2,90, enquanto que para o referido estudo o valor médio é de 2,44, que faz-nos pensar que de facto estes enfermeiros são expostos no seu quotidiano a uma carga de trabalho tão intensa que se reflete neste estudo como a mais potenciadora de stresse nos enfermeiros, encontrando-se num nível superior ao estudo referência.

Em seguida, com valor médio de 2,58, temos a **Incerteza quanto aos tratamentos** (Fator VII), enquanto que no estudo referência o valor é de 2,37, também neste fator um valor mais elevado, que se poderá dever ao tipo de relação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, pois é difícil estabelecer um clima de confiança entre as mesmas, devido à diversidade de médicos que prestam serviços diariamente, pelo que poderão surgir dúvidas neste aspeto.

Ligeiramente abaixo, encontramos com o mesmo valor médio os fatores **A morte e o morrer** (Fator I) e **Conflitos com os médicos** (Fator II), ambos com Média=2,51. Neste caso, o Fator I no estudo de referência está ligeiramente acima (média=2,53) mas o Fator II, tem de novo um valor inferior (média=2,17). No contexto vivido em urgência, é frequente a vivência de situações que envolvem a morte, que são sempre situações de

grande exigência emocional, sendo o terceiro fator mais vivenciado pelos enfermeiros como stressante. Em relação aos conflitos com os médicos, poderá dever-se ao mesmo motivo do Fator VII.

O Fator III, **Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares**, obteve-se um valor médio de 2,34, enquanto que o valor do estudo de referência situa-se em 2,20.

Segue-se o Fator IV, **Falta de apoio dos colegas**, com média de 2,17, enquanto que o valor médio do outro estudo, foi de 1,98, ainda que um pouco acima da referência, é a segunda situação menos vivida como stressante, o que revela um bom espírito de equipa e entreadajuda entre os enfermeiros.

Em última posição como situação vivida como stressante temos **Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes** (Fator V), com média de 2,05, enquanto que no estudo de referência o valor é ligeiramente mais alto (Média=2,09), que confirma a existência de bom clima e coesão na equipa de enfermagem.

De um modo geral, no presente estudo obteve-se valores médios mais elevados que no estudo de referência, encontrando-se as maiores diferenças entre os estudos nos fatores VI e II. A **Carga de trabalho** é realmente a situação mais frequente sentida como stressante, seguido de **Conflitos com os médicos**, onde se observa também uma diferença maior entre os estudos.

Na comparação com as variáveis independentes consideradas, constatarem-se algumas diferenças:

- Ao nível do *sexo*, encontramos uma média significativamente maior no sexo feminino nos fatores **A morte e o morrer**, **Conflitos com os médicos**, **Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares**, **Falta de apoio dos colegas** e **Carga de trabalho**, do que no sexo masculino. De facto, em quase todos os fatores, verifica-se uma tendência de que o sexo feminino atribui um valor maior à ocorrência de situações geradoras de stresse, relativamente ao sexo masculino.
- No *escalão etário*, encontram-se diferenças significativas entre o escalão *31-35 anos* e o escalão *> 40 anos*, em que o primeiro apresenta um valor médio superior no fator **Carga de trabalho**, pelo que os enfermeiros do escalão *> 40 anos*

consideram este fator como situação menos frequente do que os enfermeiros entre os 31-35 anos.

- Em relação aos *anos de profissão*, confirma-se a tendência de os enfermeiros com mais anos de atividade profissional, neste caso, *> 15 anos de profissão*, considerarem menos frequente a **Carga de trabalho** como situação vivida como stressante.
- Relativamente ao *trabalho por turnos*, as diferenças entre quem faz turnos e quem trabalha em horário fixo, situam-se ao nível dos **Conflitos com os médicos** e na **Carga de trabalho**, visto que neste serviço, os enfermeiros em horário fixo desempenham as suas funções direcionadas para a gestão do serviço e não tanto para a prestação efetiva de cuidados aos doentes, pelo que por estes motivos, não considerem de igual frequência o número de situações relacionadas com estes dois fatores originadores de stresse.
- Os enfermeiros que exercem *funções de chefia* consideram que situações como **Falta de apoio dos colegas** e **Carga de trabalho**, são menos frequentes que os colegas não exercem esse tipo de funções que poderá dever-se ao afastamento dos cuidados diretos aos doentes, devido à inerência das suas funções de gestão da equipa, e que em relação à falta de apoio dos colegas não seja de igual forma sentida pois o enfermeiro chefe de equipa tendencialmente será mais fácil o diálogo e partilha de opiniões e experiências com os demais elementos da sua equipa.

Em seguida, serão analisados os resultados obtidos, tendo em conta os itens de cada fator e a sua relevância no estudo, procedendo à comparação com o estudo de referência realizado por Santos e Teixeira (2009), na aplicação da mesma escala aos enfermeiros que exerciam funções na área da prestação de cuidados (enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas) nos serviços de urgência e serviços de internamento dos hospitais sob a alçada da Administração Regional de Saúde do Norte.

Fator I - A morte e o morrer									
	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 3	3	7,7%	27	41,5%	27	41,5%	6	9,2%	2,52
Item 4	2	3,1%	25	38,5%	33	50,8%	5	7,7%	2,63
Item 6	9	13,8%	35	53,8%	18	27,7%	3	4,6%	2,23
Item 8	3	4,6%	43	66,2%	16	24,6%	3	4,6%	2,29
Item 12	6	9,2%	31	47,7%	23	35,4%	5	7,7%	2,42
Item 13	6	9,2%	33	50,8%	21	32,3%	5	7,7%	2,38
Item 21	0	0,0%	11	16,9%	36	55,4%	18	27,7%	3,11

Item 3 - executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos

Item 4 - sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos

Item 6 - conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte

Item 8 - A morte de um doente

Item 12 - A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade

Item 13 - Ausência do médico quando um doente morre

Item 21 - Ver um doente em sofrimento

Tabela 25 - Dados referentes ao Fator I - A morte e o morrer

Neste fator, **A morte e o morrer**, podemos constatar que o item com maior média é o item 21 (média=3,11) - *ver um doente em sofrimento* - sendo esta a situação que mais intensamente é sentida como stressante, sendo considerada como “frequente” e “muito frequente” por 83,1% dos enfermeiros, que em comparação com o estudo de referência, embora ligeiramente inferior (média=2,94), os valores adquirem a mesma tendência. Verifica-se de igual forma a segunda situação mais intensamente sentida como stressante a “sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos” (item 4) que no presente estudo obteve uma média de 2,63, com o valor do estudo referência com média de 2,61. De uma forma geral os valores obtidos assemelham-se ao referido estudo, apenas invertem a posição de mais frequente a terceira e a quarta posição, que no estudo atual obteve-se em terceiro lugar o item 3 “executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos” (média=2,53) e quarto lugar o item 4 “a morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade” (média=2,42).

Fator II - Conflitos com os médicos									
	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 2	4	6,2%	34	52,3%	23	35,4%	4	6,2%	2,42
Item 9	3	4,6%	34	52,3%	26	40,0%	2	3,1%	2,42
Item 10	4	6,2%	29	44,6%	20	30,8%	12	18,5%	2,62
Item 14	0	0,0%	25	38,5%	31	47,7%	9	13,8%	2,75
Item 19	4	6,2%	36	55,4%	24	36,9%	1	1,5%	2,34

Item 2 - ser criticado por um médico

Item 9 - conflito com um médico

Item 10 - receio de cometer erros ao tratar de um doente

Item 14 - Desacordo em relação ao tratamento de um doente

Item 19 - tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente

Tabela 26 - Dados referentes ao Fator II - Conflitos com os médicos

No fator II, que se refere aos **Conflitos com os médicos**, encontramos como situação mais intensamente vivida pelos enfermeiros, o *desacordo em relação ao tratamento de um doente*, este item (14) com uma média de 2,75 que é superior ao estudo de referencia (média=2,32) mas que também é a situação com maior valor médio neste fator. Para os enfermeiros do SUG esta situação é vivida como “frequente” e “muito frequente” por 50,5% e em que nenhum enfermeiro respondeu “nunca”. De um modo geral, no atual estudo todas as médias são superiores às do estudo referência.

Fator III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares									
	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 15	5	7,7%	31	47,7%	26	40,0%	3	4,6%	2,42
Item 18	3	4,6%	36	55,4%	24	36,9%	2	3,1%	2,38
Item 23	6	9,2%	39	60,0%	19	29,2%	1	1,5%	2,23

Item 15 - sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais

Item 18 - não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente

Item 23 - sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente

Tabela 27 - Dados referentes ao Fator III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades dos doentes e dos seus familiares

No fator III, **Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares**, as médias dos itens situam-se entre os 2,23 e 2,42, em que o item sentido como mais frequente é *sentir falta de preparação para apoiar a família do doente das suas necessidades emocionais* em que 44,6% sentem esta situação como

“frequente” e “muito frequente”. Ligeiramente abaixo o item 18 – *não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente* – com média de 2,38, em que 40% dos enfermeiros sentem esta situação como “frequente” e muito frequente”. Todas as médias dos itens do atual estudo encontram-se acima dos valores do estudo referência.

Fator IV - Falta de apoio dos colegas									
	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 7	3	4,6%	42	64,6%	17	26,2%	3	4,6%	2,31
Item 11	8	12,3%	43	66,2%	13	20,0%	1	1,5%	2,11
Item 16	8	12,3%	46	70,8%	8	12,3%	3	4,6%	2,09

Item 7 - Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço

Item 11 - Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço

Item 16 - Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente

Tabela 28 - Dados referentes ao Fator IV - Falta de apoio dos colegas

Relativamente ao fator IV que se refere à **falta de apoio dos colegas**, as médias são mais elevadas que no estudo referência mas seguem a mesma ordem do maior grau de importância para o menor. A situação mais frequentemente vivida como stressante, dentro deste fator, é *falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço*, no entanto, 69,2% dos enfermeiros considera “nunca” ou “ocasionalmente” a ocorrência desta situação.

Fator V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes									
	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 5	11	16,9%	26	40,0%	24	36,9%	4	6,2%	2,32
Item 22	21	32,3%	32	49,2%	10	15,4%	2	3,1%	1,89
Item 24	5	7,7%	38	58,5%	22	33,8%	0	0,0%	2,26
Item 29	24	36,9%	35	53,8%	6	9,2%	0	0,0%	1,72

Item 5 - conflito com um superior hierárquico

Item 22 - Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, de outro serviço

Item 24 - receber críticas de um superior hierárquico

Item 29 - Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, do mesmo serviço

Tabela 29 - Dados referentes ao Fator V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes

Na análise deste fator (V) foi retirado inicialmente o item 20, que não se adequava ao contexto organizacional. Assim, neste fator que retrata os **conflitos com outros**

enfermeiros e com os chefes, as médias obtidas situam-se entre 1,72 e 2,32, enquanto que no estudo referência situam-se entre 1,77 e 2,35, constatando-se grande similaridade entre os mesmos. A situação com maior média é *conflito com superior hierárquico*, sendo que 36,9% consideram “frequente” e 6,2% “muito frequente”, por outro lado 40% dos enfermeiros considera a vivência desta situação “ocasionalmente” e 16,9% responderam “nunca”. Na segunda posição encontramos *receber críticas de um superior hierárquico*, em que 58,5% referem que esta situação acontece “ocasionalmente” e 33,8% responderam “frequentemente”. Em último grau de importância, obtivemos o item 29, *difficuldade em trabalhar com um enfermeiro(s) em particular do mesmo serviço*, em que 53,8% consideram a frequência desta situação como “ocasionalmente” e 36,9% responderam “nunca”.

Fator VI - Carga de trabalho									
	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 1	3	4,6%	26	40,0%	26	40,0%	10	15,4%	2,66
Item 25	4	6,2%	33	50,8%	23	35,4%	5	7,7%	2,45
Item 27	2	3,1%	16	24,6%	35	53,8%	12	18,5%	2,88
Item 28	1	1,5%	16	24,6%	30	46,2%	18	27,7%	3,00
Item 30	1	1,5%	11	16,9%	35	53,8%	18	27,7%	3,08
Item 34	0	0,0%	4	6,2%	36	55,4%	25	38,5%	3,32

Item 1 - Avaria informática

Item 25 - Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho

Item 27 - Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo

Item 28 - Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente

Item 30 - Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem

Item 34 - Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço

Tabela 30 - Dados referentes ao Fator VI - Carga de trabalho

Em relação ao Fator VI – **Carga de trabalho** – os valores entre os dois estudos são diferentes, em que no estudo atual situam-se entre 2,66 e 3,32, contrastando com o intervalo de 2,12 e 2,65 no estudo referência. De facto, a situação mais frequentemente vivida pelos enfermeiros como stressante é *falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço*, em que 55,4% responderam “frequentemente” e 38,5% consideraram “muito frequentemente”, ninguém respondeu “nunca” e apenas 6,2% responderam “ocasionalmente”. Os itens 28 e 30, que correspondem a *falta de tempo para dar apoio emocional ao doente e falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem*, com médias de 3,00 e 3,08, encontram-se a seguir, pelo que, no primeiro,

73,9% consideram como “frequentemente” e “muito frequentemente” e no segundo 81,5% fazem a mesma consideração.

Fator VII - Incerteza quanto aos tratamentos									
	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Item 17	4	6,2%	29	44,6%	29	44,6%	3	4,6%	2,48
Item 26	1	1,5%	21	32,3%	32	49,2%	11	16,9%	2,82
Item 31	5	7,7%	19	29,2%	25	38,5%	16	24,6%	2,80
Item 32	3	4,6%	37	56,9%	23	35,4%	2	3,1%	2,37
Item 33	3	4,6%	31	47,7%	30	46,2%	1	1,5%	2,45

Item 17 - informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente

Item 26 - prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente

Item 31 - Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica

Item 32 - não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento

Item 33 - Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado

Tabela 31 – Dados referentes ao Fator VII - Incerteza quanto aos tratamentos

No Fator VII – **Incerteza quanto aos tratamentos** – encontramos como situação mais frequente as *prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente* (item 26), com média de 2,82, em que 49,2% consideram esta situação como “frequentemente” e 16,9% como “muito frequentemente”. Em seguida, com média de 2,80, temos o item 31, *ausência de um médico durante uma situação de emergência médica*, em que 38,5% responderam “frequentemente” e 24,6% “muito frequentemente”. Os valores obtidos no atual estudo são ligeiramente superiores aos do estudo referência, destacando-se a maior diferença no item 26, que difere de 2,82 para 2,37.

Concluindo agora a interpretação destes dados, podemos afirmar que, a situação mais frequentemente vivida no quotidiano dos enfermeiros do SUG, sentida como mais stressante é a *falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço*. Esta situação que encontramos no Fator VI – **Carga de trabalho** – foi a que mais se evidenciou dentro das 33 questões colocadas, facto este que nos faz acreditar que poderá haver neste serviço um défice relativamente ao número de enfermeiros, para fazer face a volume de doentes que recorrem ao SUG, pelo justificará o grau de importância obtido neste Fator, que se destacou negativamente dos outros. A falta de tempo para executar as atividades de enfermagem e dar apoio emocional ao doente são sentidas frequentemente

como stressantes, pois o contexto vivido num serviço de urgência e neste caso em particular, pode ser demonstrador do grande ritmo de trabalho a que os enfermeiros são expostos, resultando muitas vezes a que não consigam dar resposta a todas as ações às quais são solicitados.

Em segundo lugar, na ordem dos valores médios obtidos, encontramos uma segunda situação que é vivida frequentemente como stressante, que podemos encontrar no Fator I – **A morte e o morrer**, que é *ver um doente em sofrimento*. De facto, as situações vividas neste serviço em que recorrem inúmeros doentes em sofrimento, muitas vezes situações limite onde o seu estado é crítico envolvidos em grande sofrimento, pode levar a que estes enfermeiros considerem esta, uma situação frequente e geradora de grande stresse, em que muitas vezes, os enfermeiros se sintam impotentes quando esses doentes não melhorem com os tratamentos, levando a sentimentos de frustração. A classificação como um grau elevado das situações vividas como stressantes, neste âmbito, denota a dificuldade que os enfermeiros têm na mobilização de mecanismos de *coping* nesta área das suas vivências como profissionais, tal como afirmam Santos e Teixeira (2009).

Classificado como segundo Fator com média mais elevada, encontramos o Fator VII – **Incerteza quanto aos tratamentos** – logo seguido do Fator II – **Conflito com os médicos** – que retratam com mais frequência a ocorrência de situações sentidas como stressantes, que são de certa forma similares no âmbito das prescrições médicas que os enfermeiros consideram aparentemente inapropriadas ou no desacordo em relação ao tratamento de um doente, as quais referem-se aos itens 26 e 14. Este tipo de situações têm-se cimentado ao longo do tempo, visto que, cada vez mais os enfermeiros se diferenciam e apostam na sua formação, sendo capazes de ter cada vez mais capacidade de análise e juízo crítico das situações que se deparam no seu quotidiano, levando a que sejam crescentes as situações de desacordo com os médicos no tratamento dos doentes, situações essas vividas como stressantes. Outra causa que se pode considerar, pode dever-se ao facto de, no SUG a equipa médica ser diferente todos os dias, tornando-se difícil a criação de um clima de confiança e de equipa com os médicos, podendo também esta estar intimamente ligada ao valor do obtido neste Fator (II), na medida em que, a dificuldade de estabelecer laços profissionais de confiança, pode provocar este tipo de vivências geradoras de stresse.

Depois encontramos por ordem decrescente do grau de frequência das situações os Fatores III (**Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares**), IV (**Falta de apoio dos colegas**) e por ultimo, na ordem de importância, o Fator V (**Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes**). Estes resultados fazem-nos crer que neste serviço os enfermeiros tentam dar resposta às necessidades emocionais dos doentes, tendo um pouco mais de dificuldade em lidar com a família, onde a comunicação de más notícias acontece com alguma frequência, sendo esta uma situação ainda considerada com alguma frequência geradora de stresse. Em relação à falta de apoio dos colegas, a tendência será no sentido de que existe um espírito de partilha entre os mesmos, notando-se que na maior parte das respostas, o espaço para a partilha de experiências e sentimentos é vivido com relevância, pois a falta de apoio é sentida maioritariamente como ocasional. Por último, e nesta sequência, os conflitos com os outros enfermeiros, é visto como a situação vivida como menos stressante do quotidiano, denotando aqui a existência de espírito de equipa e partilha, onde a dificuldade em trabalhar com os outros colegas, em grande parte, é inexistente ou esporádica, sendo um pouco menos expressiva quando se fala no superior hierárquico, onde os valores das situações vividas originadoras de stresse são um pouco maiores.

8.1 - Limitações do estudo

A utilização do método quantitativo, traz consigo algumas limitações que o próprio método implica, pois o seu foco é a mensuração de intensidade, frequência ou quantidade, em que se pretende obter valores objetivos sobre determinado fenómeno, enquanto numa abordagem qualitativa, invés de procurarmos números, o foco está na interpretação, onde se enfatiza a qualidade e a profundidade dos dados e descobertas. Embora existam vantagens e limitações em ambas as abordagens, em que se poderiam complementar os dados obtidos, através de procedimentos de triangulação, optou-se por utilizar apenas a abordagem quantitativa. A seleção da abordagem teórico-metodológica, num determinado estudo, deve assentar naquela que melhor contribua para a compreensão do objeto de estudo, tendo em consideração os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com uma determinada pergunta de partida e nesse sentido considerou-se que a metodologia utilizada servia de modo adequado os objetivos propostos.

A seleção dos instrumentos, COPSOQ e ESPE, deveu-se à não existência de um instrumento de avaliação de riscos psicossociais focalizado nos enfermeiros, pelo que na procura de maior riqueza na obtenção de dados, complementou-se o COPSOQ com a ESPE, ambos previamente validados para o tipo de população em estudo.

A recolha de dados decorreu sem grandes dificuldades, sendo apenas de referir que não foi possível aplicar a todo o universo, pela contingência circunstancial de, no momento de aplicação dos questionários, alguns elementos da equipa não se encontrarem no serviço.

Os resultados obtidos, responderam de forma afirmativa à questão de partida, na medida em que, de facto existem riscos psicossociais nos enfermeiros do SUG, conclusão esta de extrema importância, pelos resultados obtidos ao nível do risco para a saúde a que estes estão sujeitos. Este estudo, nunca antes realizado neste contexto, trouxe conhecimentos muito relevantes nesta área, que poderão ser potenciadores da introdução de medidas corretivas/preventivas no que diz respeito aos riscos psicossociais e de uma avaliação de riscos psicossociais sistematizada na instituição.

Conclusões

A realização deste trabalho, integrado no âmbito do Curso de Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho, surgiu com o interesse de investigar a existência de riscos psicossociais num determinado universo e contexto, vivenciado pelo autor, que pelo seu quotidiano laboral e sensibilidade pode aperceber-se, a partir da partilha diária com os seus pares, de algum desgaste e stresse evidenciado por alguns dos enfermeiros do SUG do CHS.

De facto, os riscos emergentes considerados pela AESST (2107), como qualquer risco simultaneamente novo e que está a aumentar, são sem dúvida um problema que requerem cada vez mais a nossa atenção, pela sua instalação e aumento que se tem verificado em toda a União Europeia, estando subjacentes as consequências que daí advêm.

Partindo destes pressupostos, iniciou-se então este estudo, colocando como questão inicial: “Os enfermeiros do SUG são alvo de riscos psicossociais e situações stressantes no seu quotidiano laboral?”. Desta questão surgiram as outras questões que procuravam respostas, relacionadas com a existência de riscos psicossociais no contexto em estudo e que consequências para a saúde dos enfermeiros em estudo, bem como, a vivencia de situações no seu quotidiano geradoras de stresse.

Para seguir este caminho, foi seleccionada uma metodologia para tentar chegar às respostas dessas questões, seguindo uma pesquisa descritiva, utilizando como instrumento, a adaptação de dois instrumentos já existentes, nomeadamente: o COPSOQ e a ESPE. A seleção destes dois questionários, foi realizada tendo em conta o contexto onde o estudo se iria realizar, pois a utilização apenas do COPSOQ, não seria suficiente para dar resposta a todas as questões. Assim, fazendo face a estas limitações e porque a profissão de enfermagem tem características únicas na sua essência, foi utilizado concomitantemente a Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros. Para finalizar o instrumento a utilizar no estudo, foram agregadas variáveis independentes, que caracterizaram a amostra do ponto de vista sociodemográfico e socioprofissional, sendo feitas comparações entre os vários grupos das mesmas com ambos os questionários.

A revisão bibliográfica teve como objetivo rever conceitos e fundamentar o estudo realizado, através da consulta dos mais diversos autores de referência dentro das temáticas

de base dos mesmo. Neste sentido, embora não haja ainda muita bibliografia ou estudos que sirvam como referência, foram levados em conta na análise e discussão, estudos realizados a nível nacional, neste caso, a versão portuguesa do COPSOQ de Silva (2012) adaptado da versão original de Kristensen et al. (2000) e a adaptação para a população portuguesa da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros, que foi traduzida e adaptada por Santos e Teixeira (2008) da *Nurses Stress Scale* de Pamela Gray-Toft e James G. Anderson.

No decorrer do estudo foi então aplicado o pré-teste a 5 participantes (7,7% da amostra), não sendo detetadas dificuldades no preenchimento do questionário, pelo que foi em seguida aplicado o questionário à amostra que constituíram 89% do universo em estudo.

Na análise da consistência interna obtiveram-se valores de *Alpha de Cronbach*, para ambos os instrumentos, pelo que no total o COPSOQ apresentou uma consistência interna muito boa, com o valor de 0,912 e a escala ESPE no total apresentou uma boa consistência interna, com o valor de 0,888.

Em relação à amostra, é constituída por:

- 70,8% do sexo feminino, com os escalões etários mais representados os 25-30 anos e 31-35 anos no total de cerca de 72%
- 50,8% são solteiros e os restantes são casados/união de facto.
- 75% são licenciados enquanto que os restantes são detentores de mestrado ou curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem.
- 42% exercem a sua atividade como enfermeiro há menos de 6 anos e 47,7% trabalham no serviço há menos de 3 anos.
- 72% firmaram um Contrato Individual de Trabalho, seguido do CTFP com 23,1% e apenas 4,6% dos enfermeiros em estudo possuem um contrato precário com a instituição.
- 58,5% encontram-se a 40 horas e os restantes a 35 horas semanais.
- 97% da amostra trabalham por turnos e desses, 90% incluem o turno da noite.
- 18% exercem funções de chefia, seja como enfermeiro chefe/coordenador do serviço, seja como chefe de equipa de enfermagem, ou como segundo elemento.

- 98,5% dos enfermeiros inquiridos, responderam que o trabalho por turnos interfere com a sua vida social e familiar.

O contexto laboral vivido pelos enfermeiros do SUG do CHS apresenta de facto características próprias, que fomentam sentimentos e geram comportamentos únicos. A realidade com que estes enfermeiros se deparam diariamente é rica em situações de stresse, que são já reconhecidas como integrantes do mundo laboral e como características próprias da profissão em causa. Tendo em conta estes fatores, conseguiu-se apurar uma série de riscos psicossociais e situações de stresse que podem influenciar o estado de saúde destes enfermeiros.

Tendo em conta a análise dos dois questionários utilizados, no âmbito da carga de trabalho e suas exigências, conseguiu-se apurar que de facto as exigências laborais representam um risco efetivo para a saúde destes enfermeiros, tal como as situações que mais frequentemente são sentidas como stressantes, aquelas relacionadas com a carga de trabalho, o que revela que este serviço é sem dúvida muito exigente a todos os níveis, quer emocionais, cognitivos ou quantitativos, sendo mesmo considerada neste estudo como a situação mais frequentemente sentida como stressante a *falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço*. A exposição contínua a estes riscos poderá vir a potenciar maleficência para os enfermeiros, na medida em que pode originar os demais problemas de saúde conhecidos, notando-se que relativamente ao stresse, cerca de 30% dos enfermeiros encontram-se numa situação de risco elevado para a saúde e cerca de metade encontram-se em risco elevado de desenvolver o síndrome de *Burnout*. É sem dúvida um facto preocupante, em que são necessárias intervenções atempadas para evitar a instalação e o crescimento destes fenómenos que podem trazer repercussões não só nos enfermeiros mas também nos cuidados de saúde prestados, visto que este síndrome envolve a díade enfermeiro-doente.

Por outro lado, um enfermeiro exausto, sujeito a uma carga e ritmo de trabalho intenso, em que lhe é exigido uma atuação célere e eficaz, encontra-se muito mais susceptível ao erro e neste caso, falando em saúde, um erro pode significar a perda de vidas humanas. Este facto, reflete-se ao nível da autoeficácia, em que o risco, ainda que intermédio, traduz a dificuldade vivida pelos enfermeiros para conseguirem dar resposta a todas as solicitações

e exigências a que são submetidos, evidenciado ainda pelo valor elevado obtido na frequência de situações de falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem, vivenciadas pelos enfermeiros, originadoras de stresse.

Para além da carga de trabalho, o serviço de urgência é palco de inúmeras situações de sofrimento, pois o carácter de urgência/emergência vivido, em que os doentes que ali recorrem muitas vezes em situação crítica ou com problemas de saúde em que necessitam de atuação urgente/emergente no alívio da sintomatologia, leva a que os enfermeiros situam estas situações, geradoras de stresse, como frequentes, sentindo-se muitas vezes impotentes quando a sua atuação não se traduz eficazmente no tratamento destes doentes.

Relativamente às recompensas e qualidade da liderança, verificou-se alguma insatisfação, em que cerca de metade dos enfermeiros não sentem o seu trabalho reconhecido, bem como em relação à qualidade da liderança em que mais de 40% dos enfermeiros encontram-se em risco elevado para a saúde, existindo alguma relevância na frequência de situações ao nível do conflito, em particular, com o superior hierárquico. Neste sentido, verificou-se a existência de um sentimento de injustiça vivido por cerca de 40% dos enfermeiros, que se encontram numa situação de risco para a saúde. Ainda neste âmbito das relações sociais, foi perceptível a vivência frequente de situações de conflito com os médicos.

Resultados relevantes, verificaram-se ainda, ao nível da interferência do trabalho com a vida social e familiar, em que mais de metade dos enfermeiros encontram-se em risco elevado para a saúde, pois sentem que o cansaço e falta de tempo que o trabalho origina, interfere com a sua vida em contexto familiar, que consubstancia a quase unanimidade da resposta afirmativa de que o horário de trabalho interfere neste aspeto. Ao nível da satisfação no trabalho, menos de 15% encontram-se numa situação favorável para a saúde, contrastando com os cerca de 25% que se encontram em risco para a saúde.

De salientar de forma positiva, o sentimento que os enfermeiros expressaram ao nível das possibilidades do seu desenvolvimento, quer teórico, quer prático, na medida em que a vivência diária de novas situações no serviço de urgência, contribui para a pesquisa e aquisição constante de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências. Para dar resposta às diversas situações com que se deparam, é lhes exigido “espírito” de iniciativa e entrega à missão que lhes foi confiada, de forma a que consigam dar uma resposta

adequada às exigências, levando a que os mesmos considerem o seu trabalho como importante. Para além disso, a forma como o serviço se encontra organizado, leva-os a não ter dúvidas quanto ao papel a desempenhar enquanto enfermeiro no posto de trabalho ao qual se encontre adstrito. Pode-se ainda constatar que existe um bom “espírito de equipa” entre os enfermeiros, identificados em ambos os instrumentos utilizados, na medida em que existe entreajuda e um sentimento de comunidade e partilha entre os pares, sendo subvalorizadas situações de falta de apoio ou conflitos com os colegas.

Na comparação do COPSOQ com o estudo de referência utilizado, os valores mais discrepantes que se evidenciaram, no sentido de maior risco para a saúde, foram todas as subescalas da dimensão **Exigências Laborais**, seguidas das subescalas *Recompensas*, *Burnout*, *Conflito trabalho-família*, *Qualidade da liderança*, *Justiça e respeito*, *Satisfação no trabalho* e *Stresse*.

Relativamente à ESPE, na comparação com o estudo de referência, notaram-se maiores discrepâncias ao nível das dimensões **Carga de trabalho**, **Conflito com os médicos** e **Incerteza quanto aos tratamentos**.

Na análise das comparações com as variáveis independentes, no COPSOQ, verificou-se que os enfermeiros mais novos apresentam um risco menor para a saúde na dimensão **Saúde e Bem Estar** que os enfermeiros mais velhos, tal como na dimensão **Comportamentos Ofensivos**, em que o risco para a saúde é menor. Os que têm um vínculo precário com o CHS, também apresentam um risco inferior no que se refere às **Relações Sociais e Liderança**, tal como os que possuem, como habilitações académicas, a Licenciatura em Enfermagem, que para além desta dimensão, também apresenta um risco menor na dimensão **Valores no Local de Trabalho**. Confirmam-se ainda as implicações que o trabalho por turnos pode infligir aos trabalhadores, na medida em que se verificaram diferenças significativas na dimensão **Saúde e Bem Estar**, pois o risco para a saúde é mais elevado nos enfermeiros que praticam este tipo de horário. Os enfermeiros que não exercem funções de chefia apresentam também um maior risco para a saúde nesta dimensão, bem como na dimensão **Exigências Laborais**.

Na ESPE constatou-se que, de um modo geral os inquiridos do sexo feminino apresentam uma média significativamente maior do que o sexo masculino, em quase todas as

dimensões à exceção das dimensões **Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes e Incerteza quanto aos tratamentos**, em que os valores são similares. Existe ainda uma tendência de que, os enfermeiros mais velhos e com mais anos de serviço, consideram menos frequente a **Carga de trabalho** como situação vivida como stressante, bem como os enfermeiros que trabalham em horário fixo e os que exercem funções de chefia. Os conflitos com os médicos também são sentidos como menos frequentes pelos enfermeiros que se encontram em horário fixo e que desempenham funções com maior foco na gestão do serviço. Verificou-se ainda, na dimensão **Falta de apoio dos colegas**, diferenças entre os enfermeiros que exercem funções de chefia, que consideram como menos frequente a vivência destas situações.

A realização deste estudo trouxe novos conhecimentos acerca de uma temática que ainda não tinha sido explorada neste serviço até ao momento, mas que sem duvida ficou provado que estes riscos são reais e que podem explicar alguns dos fenómenos que afetam a saúde destes profissionais. Este estudo foi efetuado num universo restrito de enfermeiros, tal como poderia ser aplicado a outras classes profissionais que ali se encontram no mesmo contexto, bem como em outros serviços do centro hospitalar e que decerto que seria útil para compreender se a saúde desses profissionais também se encontra em risco, tendo em conta os fatores de risco psicossociais específicos de um determinado local de trabalho. Desta forma, o autor recomenda a realização deste tipo de estudo noutros contextos e noutros profissionais, pela importância dos resultados que se poderão obter.

A realização de avaliação de riscos psicossociais é fundamental para a manutenção de condições de segurança e saúde dos trabalhadores, sendo o investimento nesta área de extrema importância, visto que a análise das situações que poderão prejudicar os mesmos, ser essencial para identificar aquilo que é susceptível causar danos, e por outro lado, procurar reduzir/eliminar os perigos ou identificar medidas de prevenção ou de proteção que controlem esses riscos. A gestão dos riscos psicossociais, trará com certeza inúmeros benefícios, que se traduzirão em maior bem-estar e satisfação no trabalho, obtendo-se assim mão-de-obra saudável, motivada e produtiva.

O autor considera como dificuldade à realização deste estudo a reduzida existência de estudos nesta área e inexistência de um instrumento específico que avalie os riscos psicossociais nos enfermeiros. Estes fatores poderiam condicionar de alguma forma o sucesso do mesmo, no entanto, julga ter atingido os objetivos inicialmente traçados, com a exposição dos conteúdos propostos inicialmente, sendo a sua realização fruto de grande satisfação pessoal.

Sugestões

As intervenções propostas vão de encontro aos problemas identificados neste grupo de profissionais, no sentido de encontrar soluções de melhoria e resolução desses mesmos problemas. Assim, de uma forma mais urgente, propõe-se a reavaliação do número de enfermeiros existentes por equipa e reforçá-las, pois parece haver um rácio enfermeiro-doente insuficiente, traduzindo-se no risco elevado para a saúde obtido ao nível das **Exigências Laborais**. Este é sem dúvida o maior problema evidenciado neste estudo, quer pelas repercussões que podem trazer para os enfermeiros, quer nas repercussões que podem surgir nos próprios cuidados prestados, pois os índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde poderão estar comprometidos, se os recursos humanos disponíveis não se encontrarem adequados às reais necessidades de cuidados da população.

Ao nível dos problemas entre os diferentes grupos profissionais, neste caso entre os enfermeiros e os médicos, será útil a realização de reuniões periódicas interdisciplinares, para que de uma forma consensual se possam redefinir ações e procedimentos, no sentido da clarificação e uniformização de processos, que muitas vezes são geradores de conflitos. Neste âmbito, recomenda-se ainda a promoção de formação em gestão de conflitos aos profissionais.

Ao nível do **Reconhecimento** (recompensas), ainda que não seja possível alterar as recompensas extrínsecas ao nível da organização, a intervenção proposta, poderá passar por desencadear algumas medidas ao nível das recompensas intrínsecas. O recurso a estas poderá produzir um sentimento de valorização pessoal, quando o enfermeiro sentir que o seu desempenho é reconhecido pelos seus pares, pela gestão do serviço e organização. Esses mecanismos de recompensas baseados no mérito e no desempenho destes profissionais, geradores de motivação pessoal, podem passar por: atribuição de responsabilidades num determinado projeto no serviço; proporcionar formação em determinadas áreas específicas, com perspetivas de desenvolvimento de carreira, através do desenvolvimento de novas aprendizagens e competências, que serão fundamentais para dar resposta às elevadas exigências cognitivas a que estão sujeitos; e ainda, envolvê-los com o serviço criando um sentimento de pertença, abrindo espaço para ouvir as suas sugestões e opiniões. Estas medidas poderão ainda contribuir para que os enfermeiros sintam maior justiça e respeito no seu local de trabalho, alterem a sua opinião em relação à

qualidade da liderança, contribuindo ainda para o aumento do nível de satisfação no trabalho.

De forma a prevenir a instalação de fenómenos como **Stresse** e **Burnout**, seria útil promover apoio psicológico aos enfermeiros, que por vezes têm dificuldade na mobilização de mecanismos de *coping* para lidar com as situações vividas no seu quotidiano laboral. Muitas vezes os enfermeiros esquecem-se de si para cuidar do outro e não conseguem entender que por vezes também precisam de ajuda, sendo por isso fundamental investir na saúde mental da equipa para mantermos uma equipa saudável. Daqui resultarão cuidados de saúde mais seguros, de maior qualidade, e que os doentes e suas famílias decerto assim os reconhecerão, resultando num maior nível de satisfação e de saúde, podendo falar assim em ganhos em saúde.

Ao nível dos **Comportamentos Ofensivos**, ainda que não se verifique um nível de “alarme”, são situações que vão acontecendo de alguma forma, mas que não deveriam sequer existir e que se deveriam aproximar do nível “zero”, pelo que se sugere o reforço da vigilância/segurança no serviço.

Com a redução dos fatores de risco psicossocial, através da implementação das anteriores medidas, iriam resultar enfermeiros menos exaustos, menos stressados, com maior disponibilidade física e mental, trazendo repercussões em todas as dimensões, incluindo o **Conflito Trabalho-Família**, onde se pretende atingir um equilíbrio saudável entre a vida pessoal e profissional. Reduzindo o risco para a saúde nestes profissionais, iria-se traduzir em enfermeiros mais saudáveis, com maior motivação e satisfação profissional, capazes de um desempenho melhor.

Como sugestão final, propõe-se a realização de novo estudo de avaliação de riscos psicossociais e stresse, a estes mesmos profissionais, se a introdução das medidas anteriormente sugeridas, forem efetivadas.

Referencias Bibliográficas

- ✓ Abranches, S., Murofuse, N., & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (2), p. 255-261. Consultado em 4 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421843019>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2000). *Stress no Trabalho – Síntese de um relatório da Agência*. Facts nº 8, 1-2. Consultado em 28 de junho de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/8>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002a). *Stresse relacionado com o trabalho*. Facts nº 22, p. 1-2. Consultado em 28 de junho de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/22/view>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002b). *Como enfrentar os riscos psicossociais e reduzir o stresse no trabalho – Síntese de um relatório da Agência*. Facts nº 32, p. 1-2. Consultado em 30 de junho de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/32>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002c). *Violência no trabalho*. Facts nº24, p. 1-2. Consultado em 8 de agosto de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/24/view>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2003). *Prevenção de Riscos Psicossociais no Local de Trabalho – Contra o stress no trabalho, trabalhe contra o stress*. Luxemburgo : Serviços de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Consultado em 6 de agosto de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/104>

- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). *Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho*. Facts nº 74, p. 1-2. Consultado em 16 janeiro de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/74>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2008). *Avaliação de riscos: a chave para locais de trabalho seguros e saudáveis*. Facts nº 81, p. 1-2. Consultado em 5 setembro de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/81/view>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009). *Promoção da Saúde Mental no Sector da Saúde*. E-facts nº 46. p. 1-13. Consultado em 6 de agosto de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/e-facts/efact46/view>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2014). *Cálculo do custo do stresse e dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Consultado em 28 de junho de 2017. Disponível em: https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2015). *Prémios de boas práticas "Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis" 2014-2015*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Consultado em 20 de agosto de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/healthy-workplaces-good-practice-awards-2014-2015>
- ✓ Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2017). *Riscos Psicossociais e stresse no trabalho*. Web site. Consultado em 10 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>

- ✓ Alves, C. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Consultado em 28 de agosto de 2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>

- ✓ Amaro, A. (2013). *A crise e os riscos psicossociais no âmbito de segurança e saúde no trabalho*. Em: **Riscos Naturais, Antrópicos e Mistos – Homenagem ao Professor Doutor Fernando Rebelo**. Ed: Departamento de Geografia. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra, p. 569-583.

- ✓ Antoniazzi, A., Bandeira, D. & Dell’Aglío, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), p. 273-294. Consultado em 20 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>

- ✓ Arica, J., Hora, H. & Monteiro, G. (2010). Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, vol. 11, nº 2, p.85-103.

- ✓ Balassiano, M., Pimenta, R. & Tavares, E. (2011). *Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes?*. Rio de Janeiro: *Revista de Administração Pública*, 45(3), p. 751-774. Consultado em 6 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n3/09.pdf>

- ✓ Batista, K. & Bianchi, E. (2006). Estresse dos Enfermeiros em Unidade de Emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), p. 534-539. Consultado em 8 de agosto de 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400010>

- ✓ Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo. ISBN 85-7396-193-7

- ✓ Bianchi, E. (1990). *Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico*. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil. Consultado em 8 de agosto de 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=5801&indexSearch=ID>
- ✓ Cabanelas, S., Cruz, J., Gomes, A. (2009). *Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses*. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 25 nº3, p. 3017-318. Consultado em2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a04v25n3.pdf>
- ✓ Calderero A., Corradi-Webster, C. & Miasso A. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 10(1), p. 51-62. Consultado em 8 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>
- ✓ Câmara, P., Guerra, P. & Rodrigues, J. (2003). *Humanator, Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Edições Dom Quixote.
- ✓ Cardoso, M., Hatamoto, C., Santos, A. & Suehiro, A. (2008). *Vulnerabilidade ao Estresse e Satisfação no Trabalho em Profissionais do Programa de Saúde da Família*. Boletim de Psicologia, Vol.LVIII, Nº 129, p. 205-218. Consultado em 10 de agosto de 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v58n129/v58n129a08.pdf>
- ✓ Carlotto, M. & Rosa, C. (2005). *Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar*. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 8(2), p. 1-15. Consultado em 10 de agosto de 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&tlng=pt.

- ✓ Castro, J. & Santos, A. (1998). *Stress*. *Análise Psicológica*, 16(4), p. 675-690. Consultado em 07 de setembro de 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000400012&lng=pt&tlng=pt.
- ✓ Centro Hospitalar de Setúbal (2013) – Plano de Ação – Serviço Urgência Geral – Triénio 2013-2015. Setúbal: EPE.
- ✓ Centro Hospitalar de Setúbal (2014) – Política de Gestão do Risco. Setúbal: EPE.
- ✓ Centro Hospitalar de Setúbal (2015a) - Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Setúbal. Setúbal: EPE.
- ✓ Centro Hospitalar de Setúbal (2015b) – Descrição de Funções – Enfermeiro – Serviço de Urgência Geral. Setúbal: EPE.
- ✓ Código do Trabalho.....
- ✓ Coelho, A. (2010). *Stress na prática de enfermagem – O efeito na qualidade nos cuidados*. Curso de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Consultado em 10 de agosto de 2017. Disponível em : <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56934/4/trabalho%20projecto%20final.pdf>
- ✓ Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (SLIC) (2012). *Riscos Psicossociais no Trabalho – Base*. Consultado em 10 de janeiro de 2017. Disponível em: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Campanha%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20riscos%20psicossociais.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Campanha%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20riscos%20psicossociais.pdf)
- ✓ Cordeiro, S. & Pereira, F. (2006). *Caraterísticas do trabalho, variáveis sociodemográficas como determinantes da satisfação no trabalho da marinha*

portuguesa. Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologia: Estudos e Ensaio. p. 68-78.

- ✓ Costa, A. & Marziale, M. (2006). Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), p. 337-343. Consultado em 28 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a16v59n3>
- ✓ Costa, L. & Santos, M. (2013). *Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos*. **International Journal on Working Conditions**, 5, 39-58. Consultado em 20 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67060/2/92175.pdf>
- ✓ Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho. Diário da República nº 109/2005 – I Série-A. Consultado em 10 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/17862/36363637.pdf>
- ✓ Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro. Diário da República nº 249/2005 – I Série-A. Consultado em 10 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/17861/73237333.pdf>
- ✓ Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República nº 153/2014 – II Série*. Consultado em 10 de agosto de 2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/55606657>
- ✓ Dias, M., Fernandes, F., Martins, S. & Silva, C. (2012). Os Enfermeiros e... o Stress.... *Açoriano Oriental – Ordem dos Enfermeiros*. Consultado em 8 de agosto de 2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Documentos/SRAcores_PreocupacaoVsStress_AcorianoOriental_27mai2012.pdf

- ✓ Eurocontrol Guidelines (2010). *The Change & Transition Tools Compendium*. Brussels: European Organisation for the Safety of Air Navigation. Consultado em 12 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.eurocontrol.int/sites/default/files/article/content/documents/nm/safety/safety-change-and-transition-tools-compendium-annex-a-2010.pdf>
- ✓ European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. European Risk Observatory Report. Consultado em 12 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/7807118>
- ✓ Freitas, L. (2016). *Manual de Segurança e Saúde do Trabalho*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- ✓ Fisher, F. (2012). *Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador*. **Revista de Saúde Pública**, 46(3):401-6. Consultado em 12 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/a01.pdf>
- ✓ Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- ✓ Fortin, M., Grenier, R. & Nadeau, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- ✓ Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- ✓ Gallego, E. & Ríos, L. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. Vol. 11, nº39. Consultado em 16 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>

- ✓ Grazziano, E. (2008). *Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, Brasil.
- ✓ Grubits, S. & Guimarães, L. (Orgs.) (2004). *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ✓ Guido, L., Linch, G., Pitthan, L. & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 45(6), p. 1434-9. Consultado em 10 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a22.pdf>
- ✓ Hirigoyen, M., (2002). *O assédio no trabalho. Como distinguir a verdade*. Cascais: Pergaminho
- ✓ International Labour Organization (2016). *Workplace Stress: A collective challenge*. Switzerland. Consultado em 28 de agosto de 2017. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
- ✓ Lakatos, E. & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- ✓ Lei nº7/2009, de 12 de Fevereiro (versão atualizada). Consultado em 28 de julho de 2017. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/108165886/201710020200/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- ✓ Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro. Diário da República nº 176/09 – I Série. Consultado em 10 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2009/09/17600/0616706192.pdf>

- ✓ Leite, E. & Uva, A. (2007). *Stress relacionado com o trabalho*. Revista Saúde & Trabalho – Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 6, 25-42. Consultado em 11 de Fevereiro de 2017. Disponível em: http://publicationslist.org/php/authors.php?a=E_Sacadura-Leite

- ✓ Lima, M., Monteiro, M. & Vala, J. (1988). Os Determinantes da Satisfação Organizacional – Confronto de Modelos. *Análise Psicológica*, 3-4(VI), p. 441-457. Consultado em 28 de julho de 2017. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2224/1/1988_34_441.pdf

- ✓ Malagris, L. & Fiorito, A. (2006). *Avaliação do nível de stress de técnicos da area de saúde*. Estudos de Psicologia. Campinas, 23(4), p. 391-398. Consultado em 8 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a07.pdf>

- ✓ Martins, M. (2003). *Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar*. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu: Millenium. Nº 28. Consultado em 8 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/18.htm>

- ✓ McIntyre, T. (1994). *Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem*. *Análise Psicológica*, 12, p. 193-200. Consultado em 8 de julho de 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/3091>

- ✓ Moncada, S., Serrano, C., Corominas, A., Camps, A. & Giné, A. (2008). Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): Valores de referencia de Las 21 dimensiones del cuestionario COPSOQ ISTAS 21. *Revista Espanola de Salud Publica*, 82 (6), 667-675. Consultado em 10 de julho de 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n6/original3.pdf>

- ✓ National Institute for Occupational Safety and Health (2002). *Violence – Occupational Hazards in Hospitals*. DHHS (NIOSH) Publication nº2002-101. Consultado em 8 de

agosto de 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf>

- ✓ Nunes, T. & Tolfo, S. (2012). *Prevenção e desenvolvimento de uma política anti-assédio moral no trabalho*. XXXVI Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro. Consultado em 8 de agosto de 2017. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_GPR2318.pdf
- ✓ Oliveira, E. (2006). *Delimitando o conceito de stress*. Revista de Ciências Biológicas e Saúde, v.I, p. 11-18. Consultado em 20 de junho de 2017. Disponível em: <http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos%20para%20download%202011/saude%20mental/Delimitando%20o%20conceito%20de%20stress.pdf>
- ✓ OIT – Organización Internacional del Trabajo. (1984). *Factores psicossociales en el trabajo. Naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: OIT. Consultado em 18 de janeiro de 2017. Disponível em: http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/GB/229/GB.229_IO_7_8.pdf
- ✓ OIT – Organização Internacional do Trabalho (2010). *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho*. Consultado em 16 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (1996) – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Consultado em 18 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
- ✓ Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida*. Lisboa: Edições Sílabo.

- ✓ Pinho, R. (2015). *Fatores de risco/riscos psicossociais no local de trabalho*. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Consultado em 18 de janeiro de 2017. Disponível em: www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos.../trabalho-da-rute-pinho-docx.aspx
- ✓ Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- ✓ Ribeiro, M. (2012). *Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros*. Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Consultado em 20 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1558/1/RIBEIRO%20Miguel%20Filipe%20Almeida%20c%20Riscos%20Psicossociais%20Trabalho%20Enfermeiros.pdf>
- ✓ Santini, J. (2004). Síndrome do esgotamento profissional - Revisão Bibliográfica. *Movimento (ESEFID/UFRGS)*, 10(1), p. 183-209. Consultada em 28 de agosto de 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22456/1982-8918.2832>
- ✓ Santos, J. & Teixeira, Z. (2009). *O stresse profissional dos enfermeiros*. Revista da Faculdade de Ciências do Porto. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6. p. 368-378. Consultado em 20 de julho de 2017. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1290/2/368-378_FCS_06_-3.pdf
- ✓ Silva, C. (2012). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*. Versão Portuguesa. Versão original: Kristensen, T. et al., (2000). Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Projeto nacional “Medição do Índice de Capacidade Humana para o Trabalho em Trabalhadores Portugueses” (PTDC/SAU-ESA/66163/2006). Ministério da Educação e Ciência.

- ✓ Silvestre, A. (2007). *Análise de Dados e Estatística Descritiva*. Lisboa: Escolar Editora.
- ✓ Sociedade Portuguesa da Inovação (2011). *Manual de Prevenção do Stress – Projecto STRESSLESS*. Consultado em 10 de julho de 2017. Disponível em: http://web.spi.pt/stressless/docs/update/PT/Manual%20de%20Prevencao%20do%20Stress_Modelos%20e%20Boas%20Praticas.pdf
- ✓ Tamayo, M. & Trócoli, B. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1), p. 37-46. Consultada em 28 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v7n1/10952.pdf>
- ✓ Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 4, p. 261-278.

Apêndices

Apêndice I

Cronograma de atividades para a realização da dissertação de mestrado

Cronograma

Etapa / Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Levantamento bibliográfico												
Revisão da literatura												
Definição da metodologia												
Elaboração dos instrumentos												
Recolha de dados												
Tratamento e análise de dados												
Redação do trabalho												
Revisão e entrega do trabalho												


Legenda:  Desenvolvimento de atividade

Tabela nº 1 – Cronograma de atividades para a realização da dissertação de mestrado

Apêndice II

Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais

RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

Caro colega,

O meu nome é Pedro Gonçalves, Enfermeiro, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho, ministrado pela Escola Superior de Ciências Empresariais em parceria com a Escola Superior de Tecnologia do Instituto Politécnico de Setúbal e neste âmbito pretendo realizar um trabalho acerca da Avaliação dos Riscos Psicossociais a que os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal podem estar expostos e como estes afetam a sua saúde.

Este questionário pretende avaliar a exposição a Fatores de Risco para a saúde de natureza psicossocial e conhecer quais as situações do seu quotidiano profissional que mais frequentemente são sentidas como stressantes.

As respostas ao questionário são anónimas e será garantida a sua confidencialidade, cumprindo os princípios éticos de proteção dos dados e informações pessoais.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Questionário

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa fazer horas-extra?					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?					
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?					
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?					
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?					
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?					
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
18. O seu trabalho apresenta objetivos claros?					
19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exatamente o que é esperado de si?					
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela administração?					
22. A administração do seu local de trabalho respeita-o?					
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
24. Faz coisas no seu trabalho com que alguns concordam mas outros não?					

	1- Nunca/quase nunca	2- Raramente	3- Às vezes	4- Frequentemente	5- Sempre
	1	2	3	4	5
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?					
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?					
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					

Em relação à sua chefia direta (chefe de serviço) até que ponto considera que...

36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.

1- Nunca/quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41. Os funcionários ocultam informação à administração?					
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?					
43. A administração confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela administração?					
45. A administração oculta informação aos seus funcionários?					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela administração?					
48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos.					
51. O seu trabalho tem algum significado para si?					
52. Sente que o seu trabalho é importante?					
53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?					
54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					

Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...

56. As suas perspetivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

	Excelente	Muito boa	Bom	Razoável	Deficiente
61. Em geral, sente que a sua saúde é:					

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada:

1- Nada/quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

	1	2	3	4	5
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

1- Nunca/quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					
69. Irritado?					
70. Ansioso?					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

1- Nunca/quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
75. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
76. Tem sido exposto a violência física?					

De seguida, assinale com um X o ponto da escala que mais se adequa, considerando a quantidade de stress que gera.

1- Nunca 2- Ocasionalmente 3-Frequentemente 4- Muito Frequentemente

	1	2	3	4
1 - Avaria informática				
2 - Ser criticado por um médico				
3 - Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos				
4 - Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos				
5 -Ter um conflito com um superior hierárquico				
6 - Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte				
7 - Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço				
8 - A morte de um doente				
9 - Ter um conflito com um médico				
10 - Ter receio de cometer erros ao tratar de um doente				
11 - Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço				
12 - A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade				
13 - Ausência do médico quando um doente morre				
14 - Desacordo em relação ao tratamento de um doente				
15 - sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais				
16 - Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente				
17 - Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente				
18 - Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente				
19 - Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente				
21 - Ver um doente em sofrimento				
22 - Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, de outro serviço				
23 - Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente				
24 - Receber críticas de um superior hierárquico				
25 - Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho				
26 - Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente				
27 - Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo				
28 - Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente				
29 - Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, do mesmo serviço				
30 - Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem				
31 - Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica				
32 - Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento				
33 - Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado				
34 - Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço				

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor preencha agora os seguintes de dados, de modo a permitir caracterizar este grupo profissional. Por exemplo: Neste serviço a Antiguidade influencia os Riscos Psicossociais existentes? E o Vínculo ao CHS? E qual a influência do Trabalho por Turnos?

Mais uma vez, lembramos que garantimos, em absoluto, o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

1. Sexo
Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade
<25 anos ☐ 25-30 anos ☐ 31-35 anos ☐ 36-40anos ☐ >40 anos ☐
3. Estado Civil
Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ União de facto ☐
4. Habilitações Académicas
Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Pós-Licenciatura/Mestrado ☐ Doutoramento ☐
5. Anos de Profissão
<1 ano ☐ 1-5 anos ☐ 6-10 anos ☐ 11-15 anos ☐ >15 anos ☐
6. Antiguidade no Serviço
<6 meses ☐ 6 m-2 anos ☐ 3-5 anos ☐ 6-10 anos ☐ 10-15 anos ☐
>15 anos ☐
7. Vínculo ao CHS
CTFP ☐ CIT ☐ Outro ☐
8. Horário de Trabalho
35 horas ☐ 40 horas ☐ Outro ☐
9. Trabalha por turnos
Sim ☐ Não ☐
10. Trabalha no turno da noite
Sim ☐ Não ☐
11. Funções de Chefia (serviço/equipa)
Sim ☐ Não ☐
12. Sente que o seu horário de trabalho interfere com a sua vida social e familiar?
Sim ☐ Não ☐

Obrigado pela colaboração.

Apêndice III

Comparações por sexo - COPSQ

COPSOQ - Comparações por sexo

Dimensão COPSOQ	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	Masculino	19	3,73	0,48	-1,127	,270
	Feminino	46	3,87	0,34		
Organização do Trabalho e conteúdo	Masculino	19	2,39	0,36	,242	,809
	Feminino	46	2,36	0,36		
Relações Sociais e Liderança	Masculino	19	3,02	0,31	,499	,620
	Feminino	46	2,97	0,38		
Valores no Local de Trabalho	Masculino	19	2,59	0,37	-,790	,433
	Feminino	46	2,68	0,44		
Interface Trabalho-Individuo	Masculino	19	3,16	0,60	-1,141	,258
	Feminino	46	3,33	0,51		
Saúde e Bem Estar	Masculino	19	2,68	0,89	-2,013	,056
	Feminino	46	3,12	0,51		
Comportamentos ofensivos	Masculino	19	2,17	0,75	-,100	,921
	Feminino	46	2,19	0,69		

Apêndice IV

Comparações por sexo - ESPE

ESPE - Comparações por sexo

Dimensão ESPE	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	Masculino	19	2,26	0,50	-2,761	,010
	Feminino	46	2,61	0,37		
Conflitos com os médicos	Masculino	19	2,28	0,53	-2,551	,013
	Feminino	46	2,60	0,42		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Masculino	19	2,09	0,47	-2,706	,009
	Feminino	46	2,45	0,50		
Falta de apoio dos colegas	Masculino	19	1,98	0,39	-2,088	,041
	Feminino	46	2,25	0,49		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Masculino	19	1,89	0,47	-1,762	,083
	Feminino	46	2,11	0,45		
Carga de trabalho	Masculino	19	2,68	0,44	-3,154	,002
	Feminino	46	2,99	0,33		
Incerteza quanto aos tratamentos	Masculino	19	2,46	0,55	-1,269	,209
	Feminino	46	2,63	0,46		

Apêndice V

Comparações por escalão etário - COPSOQ

COPSOQ - Comparações por escalão etário

Dimensão COPSOQ	Funções de Chefia	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
Exigência Laborais	< 25 anos	7	3,70	0,24	1,004	,412
	25-30 anos	23	3,88	0,43		
	31-35 anos	24	3,90	0,37		
	36-40 anos	4	3,63	0,37		
	> 40 anos	7	3,68	0,44		
Organização do Trabalho e conteúdo	< 25 anos	7	2,30	0,20	,408	,802
	25-30 anos	23	2,34	0,41		
	31-35 anos	24	2,40	0,38		
	36-40 anos	4	2,27	0,36		
	> 40 anos	7	2,49	0,23		
Relações Sociais e Liderança	< 25 anos	7	2,69	0,27	2,112	,090
	25-30 anos	23	2,95	0,35		
	31-35 anos	24	3,11	0,36		
	36-40 anos	4	2,93	0,43		
	> 40 anos	7	2,97	0,32		
Valores no Local de Trabalho	< 25 anos	7	2,50	0,25	,151(a)	,958
	25-30 anos	23	2,64	0,26		
	31-35 anos	24	2,68	0,40		
	36-40 anos	4	2,67	0,91		
	> 40 anos	7	2,71	0,68		
Interface Trabalho-Indivíduo	< 25 anos	7	2,77	0,32	2,069	,096
	25-30 anos	23	3,32	0,53		
	31-35 anos	24	3,39	0,53		
	36-40 anos	4	3,41	0,30		
	> 40 anos	7	3,23	0,68		
Saúde e Bem Estar	< 25 anos	7	2,57	0,72	3,667	,010
	25-30 anos	23	3,09	0,59		
	31-35 anos	24	3,09	0,60		
	36-40 anos	4	3,59	0,45		
	> 40 anos	7	2,40	0,73		
Comportamentos ofensivos	< 25 anos	7	1,36	0,48	3,625	,010
	25-30 anos	23	2,16	0,60		
	31-35 anos	24	2,41	0,64		
	36-40 anos	4	2,19	0,80		
	> 40 anos	7	2,32	0,87		

(a) Brown-Forsythe

Apêndice VI

Comparações por escalão etário - ESPE

ESPE - Comparações por escalão etário

Dimensão ESPE	Escalão Etário	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
A morte e o morrer	< 25 anos	7	2,43	0,49	1,929	,117
	25-30 anos	23	2,48	0,37		
	31-35 anos	24	2,62	0,46		
	36-40 anos	4	2,79	0,38		
	> 40 anos	7	2,18	0,43		
Conflitos com os médicos	< 25 anos	7	2,29	0,55	2,547	,048
	25-30 anos	23	2,56	0,40		
	31-35 anos	24	2,62	0,46		
	36-40 anos	4	2,70	0,60		
	> 40 anos	7	2,09	0,41		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	< 25 anos	7	2,10	0,53	2,051	,099
	25-30 anos	23	2,25	0,39		
	31-35 anos	24	2,56	0,56		
	36-40 anos	4	2,42	0,32		
	> 40 anos	7	2,14	0,60		
Falta de apoio dos colegas	< 25 anos	7	2,00	0,58	,683	,606
	25-30 anos	23	2,09	0,31		
	31-35 anos	24	2,26	0,47		
	36-40 anos	4	2,25	0,57		
	> 40 anos	7	2,24	0,79		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	< 25 anos	7	1,89	0,57	,903	,468
	25-30 anos	23	2,05	0,48		
	31-35 anos	24	2,15	0,45		
	36-40 anos	4	2,13	0,48		
	> 40 anos	7	1,82	0,31		
Carga de trabalho	< 25 anos	7	2,76	0,16	3,613	,011
	25-30 anos	23	2,92	0,26		
	31-35 anos	24	3,04	0,45		
	36-40 anos	4	2,88	0,25		
	> 40 anos	7	2,48	0,47		
Incerteza quanto aos tratamentos	< 25 anos	7	2,23	0,35	2,558	,048
	25-30 anos	23	2,67	0,37		
	31-35 anos	24	2,71	0,53		
	36-40 anos	4	2,50	0,26		
	> 40 anos	7	2,26	0,63		

Apêndice VII

Comparações por estado civil – COPSOQ

COPSOQ - Comparações por estado civil

Dimensão COPSOQ	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	Solteiro	33	3,84	0,37	,214	,831
	Casado/UF	32	3,82	0,41		
Organização do Trabalho e conteúdo	Solteiro	33	2,39	0,38	,508	,613
	Casado/UF	32	2,35	0,34		
Relações Sociais e Liderança	Solteiro	33	2,96	0,43	-,503	,617
	Casado/UF	32	3,00	0,27		
Valores no Local de Trabalho	Solteiro	33	2,71	0,41	1,253	,215
	Casado/UF	32	2,59	0,42		
Interface Trabalho-Indivíduo	Solteiro	33	3,20	0,53	-1,193	,237
	Casado/UF	32	3,36	0,54		
Saúde e Bem Estar	Solteiro	33	3,01	0,66	,135	,893
	Casado/UF	32	2,98	0,69		
Comportamentos ofensivos	Solteiro	33	2,04	0,78	-1,742	,086
	Casado/UF	32	2,34	0,58		

Apêndice VIII

Comparações por estado civil - ESPE

ESPE - Comparações por estado civil

Dimensão ESPE	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	Solteiro	33	2,58	0,44	1,275	,207
	Casado/UF	32	2,44	0,44		
Conflitos com os médicos	Solteiro	33	2,57	0,47	1,074	,287
	Casado/UF	32	2,44	0,48		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Solteiro	33	2,34	0,52	-,002	,998
	Casado/UF	32	2,34	0,52		
Falta de apoio dos colegas	Solteiro	33	2,26	0,54	1,629	,108
	Casado/UF	32	2,07	0,39		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Solteiro	33	2,08	0,49	,585	,560
	Casado/UF	32	2,02	0,44		
Carga de trabalho	Solteiro	33	2,95	0,34	1,205	,233
	Casado/UF	32	2,84	0,43		
Incerteza quanto aos tratamentos	Solteiro	33	2,62	0,52	,717	,476
	Casado/UF	32	2,54	0,45		

Apêndice IX

Comparações por habilitações académicas - COPSQ

COPSOQ - Comparações por habilitações académicas

Dimensão COPSOQ	Habilitações Académicas	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	Licenciatura	49	3,81	0,40	-,476	,636
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	3,87	0,35		
Organização do Trabalho e conteúdo	Licenciatura	49	2,37	0,38	,127	,900
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	2,36	0,29		
Relações Sociais e Liderança	Licenciatura	49	2,89	0,33	-3,701	,000
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	3,24	0,33		
Valores no Local de Trabalho	Licenciatura	49	2,56	0,38	-3,136	,003
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	2,92	0,42		
Interface Trabalho-Indivíduo	Licenciatura	49	3,26	0,54	-,721	,474
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	3,37	0,54		
Saúde e Bem Estar	Licenciatura	49	2,97	0,72	-,467	,642
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	3,06	0,49		
Comportamentos ofensivos	Licenciatura	49	2,09	0,72	-1,907	,061
	Pós-Licenciatura/Mestrado	16	2,47	0,57		

Apêndice X

Comparações por habilitações académicas - ESPE

ESPE - Comparações por habilitações académicas

Dimensão ESPE	Habilitações Académicas	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	Licenciatura Pós- Licenciatura/Mestrado	49 16	2,5248 2,4732	,43584 ,45987	,405	,687
Conflitos com os médicos	Licenciatura Pós- Licenciatura/Mestrado	49 16	2,4939 2,5500	,48837 ,43512	-,409	,684
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Licenciatura Pós- Licenciatura/Mestrado	49 16	2,3673 2,2708	,51480 ,51953	,650	,518
Falta de apoio dos colegas	Licenciatura Pós- Licenciatura/Mestrado	49 16	2,1361 2,2708	,45602 ,53359	-,984	,329
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Licenciatura Pós- Licenciatura/Mestrado	49 16	2,0714 1,9844	,48143 ,41300	,649	,519
Carga de trabalho	Licenciatura Pós- Licenciatura/Mestrado	49 16	2,8980 2,8958	,40227 ,35940	,019	,985
Incerteza quanto aos tratamentos	Licenciatura Pós- Licenciatura/Mestrado	49 16	2,6082 2,5000	,52593 ,33466	,771	,444

Apêndice XI

Comparações por anos de profissão - COPSOQ

COPSOQ - Comparações por anos de profissão

Dimensão COPSOQ	Anos de Profissão	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
Exigência Laborais	< 1 ano	6	3,81	0,30	,468	,759
	1-5 anos	22	3,85	0,42		
	6-10 anos	18	3,85	0,36		
	11-15 anos	10	3,89	0,43		
	> 15 anos	9	3,67	0,41		
Organização do Trabalho e conteúdo	< 1 ano	6	2,28	0,32	1,276	,290
	1-5 anos	22	2,32	0,35		
	6-10 anos	18	2,48	0,41		
	11-15 anos	10	2,23	0,37		
	> 15 anos	9	2,49	0,20		
Relações Sociais e Liderança	< 1 ano	6	2,78	0,29	2,308	,068
	1-5 anos	22	2,91	0,38		
	6-10 anos	18	2,99	0,30		
	11-15 anos	10	3,25	0,40		
	> 15 anos	9	2,96	0,28		
Valores no Local de Trabalho	< 1 ano	6	2,63	0,27	,466	,760
	1-5 anos	22	2,61	0,35		
	6-10 anos	18	2,60	0,43		
	11-15 anos	10	2,80	0,39		
	> 15 anos	9	2,70	0,64		
Interface Trabalho-Indivíduo	< 1 ano	6	3,21	0,47	,775	,546
	1-5 anos	22	3,15	0,51		
	6-10 anos	18	3,38	0,48		
	11-15 anos	10	3,46	0,68		
	> 15 anos	9	3,25	0,61		
Saúde e Bem Estar	< 1 ano	6	3,00	0,48	1,397	,246
	1-5 anos	22	2,94	0,67		
	6-10 anos	18	3,23	0,58		
	11-15 anos	10	3,05	0,75		
	> 15 anos	9	2,61	0,76		
Comportamentos ofensivos	< 1 ano	6	1,63	0,80	3,001	,025
	1-5 anos	22	1,94	0,53		
	6-10 anos	18	2,40	0,66		
	11-15 anos	10	2,48	0,74		
	> 15 anos	9	2,39	0,77		

Apêndice XII

Comparações por anos de profissão - ESPE

ESPE - Comparações por anos de profissão

Dimensão ESPE	Anos de Profissão	N	Média	Desvio Padrão	F _(4,60)	p
A morte e o morrer	< 1 ano	6	2,50	0,50	,727	,577
	1-5 anos	22	2,46	0,38		
	6-10 anos	18	2,63	0,39		
	11-15 anos	10	2,57	0,56		
	> 15 anos	9	2,35	0,51		
Conflitos com os médicos	< 1 ano	6	2,37	0,37	1,316	,274
	1-5 anos	22	2,50	0,47		
	6-10 anos	18	2,62	0,43		
	11-15 anos	10	2,64	0,53		
	> 15 anos	9	2,24	0,52		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	< 1 ano	6	2,17	0,18	2,410	,059
	1-5 anos	22	2,24	0,45		
	6-10 anos	18	2,65	0,50		
	11-15 anos	10	2,23	0,61		
	> 15 anos	9	2,22	0,55		
Falta de apoio dos colegas	< 1 ano	6	2,11	0,46	1,000	,415
	1-5 anos	22	2,11	0,43		
	6-10 anos	18	2,33	0,49		
	11-15 anos	10	2,00	0,31		
	> 15 anos	9	2,22	0,69		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	< 1 ano	6	1,71	0,53	2,716	,038
	1-5 anos	22	2,01	0,49		
	6-10 anos	18	2,29	0,36		
	11-15 anos	10	2,08	0,46		
	> 15 anos	9	1,86	0,38		
Carga de trabalho	< 1 ano	6	2,75	0,14	4,006	,006
	1-5 anos	22	2,89	0,32		
	6-10 anos	18	3,00	0,36		
	11-15 anos	10	3,13	0,43		
	> 15 anos	9	2,54	0,44		
Incerteza quanto aos tratamentos	< 1 ano	6	2,33	0,24	2,362	,063
	1-5 anos	22	2,55	0,47		
	6-10 anos	18	2,78	0,51		
	11-15 anos	10	2,72	0,38		
	> 15 anos	9	2,29	0,56		

Apêndice XIII

Comparações por antiguidade no serviço - COPSOQ

COPSOQ - Comparações por antiguidade no serviço

Dimensão COPSOQ	Antiguidade no Serviço	N	Média	Desvio Padrão	F _(5,59)	p
Exigência Laborais	< 6 meses	7	4,02	0,57	,447	,814
	6 m - 2 anos	24	3,83	0,32		
	3-5 anos	9	3,82	0,33		
	6-10 anos	10	3,81	0,41		
	10-15 anos	9	3,74	0,44		
	> 15 anos	6	3,77	0,46		
Organização do Trabalho e conteúdo	< 6 meses	7	2,44	0,30	,936	,465
	6 m - 2 anos	24	2,36	0,42		
	3-5 anos	9	2,38	0,33		
	6-10 anos	10	2,40	0,31		
	10-15 anos	9	2,18	0,35		
	> 15 anos	6	2,56	0,22		
Relações Sociais e Liderança	< 6 meses	7	2,80	0,36	1,236	,304
	6 m - 2 anos	24	2,94	0,35		
	3-5 anos	9	2,98	0,22		
	6-10 anos	10	2,99	0,41		
	10-15 anos	9	3,22	0,42		
	> 15 anos	6	2,95	0,34		
Valores no Local de Trabalho	< 6 meses	7	2,65	0,42	1,731	,142
	6 m - 2 anos	24	2,66	0,31		
	3-5 anos	9	2,52	0,30		
	6-10 anos	10	2,52	0,54		
	10-15 anos	9	2,98	0,47		
	> 15 anos	6	2,53	0,52		
Interface Trabalho-Individuo	< 6 meses	7	3,27	0,57	,452	,810
	6 m - 2 anos	24	3,21	0,53		
	3-5 anos	9	3,35	0,51		
	6-10 anos	10	3,31	0,50		
	10-15 anos	9	3,49	0,63		
	> 15 anos	6	3,13	0,59		
Saúde e Bem Estar	< 6 meses	7	3,13	0,62	,827	,535
	6 m - 2 anos	24	3,06	0,63		
	3-5 anos	9	2,91	0,65		
	6-10 anos	10	3,02	0,57		
	10-15 anos	9	3,09	0,82		
	> 15 anos	6	2,50	0,83		
Comportamentos ofensivos	< 6 meses	7	1,82	0,83	1,099	,371
	6 m - 2 anos	24	2,10	0,63		
	3-5 anos	9	2,42	0,54		
	6-10 anos	10	2,05	0,71		
	10-15 anos	9	2,44	0,70		
	> 15 anos	6	2,42	0,96		

Apêndice XIV

Comparações por antiguidade no serviço - ESPE

ESPE - Comparações por antiguidade no serviço

Dimensão ESPE	Antiguidade no Serviço	N	Média	Desvio Padrão	F_(5,59)	p
A morte e o morrer	< 6 meses	7	2,53	0,56	,175	,971
	6 m - 2 anos	24	2,51	0,38		
	3-5 anos	9	2,62	0,29		
	6-10 anos	10	2,50	0,39		
	10-15 anos	9	2,49	0,63		
	> 15 anos	6	2,40	0,57		
Conflitos com os médicos	< 6 meses	7	2,54	0,38	,848	,521
	6 m - 2 anos	24	2,47	0,50		
	3-5 anos	9	2,56	0,34		
	6-10 anos	10	2,56	0,41		
	10-15 anos	9	2,69	0,53		
	> 15 anos	6	2,20	0,64		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	< 6 meses	7	2,33	0,38	,213	,956
	6 m - 2 anos	24	2,40	0,54		
	3-5 anos	9	2,37	0,35		
	6-10 anos	10	2,30	0,62		
	10-15 anos	9	2,33	0,53		
	> 15 anos	6	2,17	0,69		
Falta de apoio dos colegas	< 6 meses	7	2,19	0,47	,572	,721
	6 m - 2 anos	24	2,13	0,45		
	3-5 anos	9	2,26	0,49		
	6-10 anos	10	2,17	0,53		
	10-15 anos	9	2,33	0,65		
	> 15 anos	6	1,94	0,14		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	< 6 meses	7	2,00	0,54	1,007	,422
	6 m - 2 anos	24	2,03	0,47		
	3-5 anos	9	2,11	0,52		
	6-10 anos	10	2,13	0,49		
	10-15 anos	9	2,22	0,36		
	> 15 anos	6	1,71	0,29		
Carga de trabalho	< 6 meses	7	2,69	0,35	2,100	,078
	6 m - 2 anos	24	2,98	0,29		
	3-5 anos	9	3,04	0,41		
	6-10 anos	10	2,92	0,45		
	10-15 anos	9	2,93	0,39		
	> 15 anos	6	2,53	0,49		
Incerteza quanto aos tratamentos	< 6 meses	7	2,40	0,40	1,139	,350
	6 m - 2 anos	24	2,62	0,50		
	3-5 anos	9	2,76	0,36		
	6-10 anos	10	2,60	0,49		
	10-15 anos	9	2,67	0,45		
	> 15 anos	6	2,23	0,69		

Apêndice XV

Comparações por vínculo ao CHS - COPSOQ

COPSOQ - Comparações por vínculo ao CHS

Dimensões COPSOQ	Vínculo	N	Média-	Desvio Padrão	F _(2,62)	p
Exigência Laborais	CTFP	15	3,78	0,45	,260	,772
	CIT	47	3,85	0,37		
	Outro	3	3,75	0,38		
Organização do Trabalho e conteúdo	CTFP	15	2,42	0,32	1,553	,220
	CIT	47	2,38	0,36		
	Outro	3	2,03	0,25		
Relações Sociais e Liderança	CTFP	15	2,94	0,31	7,584	,001
	CIT	47	3,04	0,34		
	Outro	3	2,29	0,24		
Valores no Local de Trabalho	CTFP	15	2,58	0,55	1,731	,186
	CIT	47	2,70	0,36		
	Outro	3	2,28	0,21		
Interface Trabalho-Indivíduo	CTFP	15	3,23	0,52	2,425	,097
	CIT	47	3,34	0,54		
	Outro	3	2,67	0,29		
Saúde e Bem Estar	CTFP	15	2,84	0,74	1,236	,298
	CIT	47	3,07	0,65		
	Outro	3	2,61	0,50		
Comportamentos ofensivos	CTFP	15	2,22	0,77	1,527	,225
	CIT	47	2,22	0,68		
	Outro	3	1,50	0,50		

Apêndice XVI

Comparações por vínculo ao CHS - ESPE

ESPE - Comparações por vínculo ao CHS

Dimensões ESPE	Vínculo	N	Média	Desvio Padrão	F_(2,62)	p
A morte e o morrer	CTFP	15	2,53	0,56	,376	,688
	CIT	47	2,49	0,40		
	Outro	3	2,71	0,38		
Conflitos com os médicos	CTFP	15	2,45	0,50	,433	,650
	CIT	47	2,51	0,47		
	Outro	3	2,73	0,42		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	CTFP	15	2,33	0,56	,095	,910
	CIT	47	2,35	0,52		
	Outro	3	2,22	0,19		
Falta de apoio dos colegas	CTFP	15	2,29	0,63	1,040	,359
	CIT	47	2,15	0,43		
	Outro	3	1,89	0,19		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	CTFP	15	2,00	0,38	,503	,607
	CIT	47	2,08	0,49		
	Outro	3	1,83	0,52		
Carga de trabalho	CTFP	15	2,78	0,44	2,081	,133
	CIT	47	2,95	0,36		
	Outro	3	2,61	0,54		
Incerteza quanto aos tratamentos	CTFP	15	2,52	0,53	,630	,536
	CIT	47	2,62	0,47		
	Outro	3	2,33	0,61		

Apêndice XVII

Comparações por horário de trabalho - COPSQ

COPSOQ - Comparações por horário de trabalho

Dimensão COPSOQ	Horário de Trabalho	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	35 horas	27	3,79	0,39	-,696	,489
	40horas	38	3,86	0,39		
Organização do Trabalho e conteúdo	35 horas	27	2,33	0,34	-,684	,497
	40horas	38	2,39	0,37		
Relações Sociais e Liderança	35 horas	27	3,04	0,37	1,143	,257
	40horas	38	2,94	0,35		
Valores no Local de Trabalho	35 horas	27	2,67	0,49	,300	,765
	40horas	38	2,64	0,36		
Interface Trabalho-Individuo	35 horas	27	3,31	0,55	,287	,775
	40horas	38	3,27	0,54		
Saúde e Bem Estar	35 horas	27	2,93	0,73	-,626	,534
	40horas	38	3,04	0,63		
Comportamentos ofensivos	35 horas	27	2,30	0,77	1,085	,282
	40horas	38	2,11	0,65		

Apêndice XVIII

Comparações por horário de trabalho - ESPE

ESPE - Comparações por horário de trabalho

Dimensão ESPE	Horário de Trabalho	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	35 horas	27	2,52	0,50	,099	,922
	40horas	38	2,51	0,39		
Conflitos com os médicos	35 horas	27	2,53	0,51	,366	,716
	40horas	38	2,49	0,45		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	35 horas	27	2,28	0,53	-,787	,434
	40horas	38	2,39	0,51		
Falta de apoio dos colegas	35 horas	27	2,17	0,51	,051	,959
	40horas	38	2,17	0,46		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	35 horas	27	2,06	0,43	,081	,936
	40horas	38	2,05	0,49		
Carga de trabalho	35 horas	27	2,86	0,43	-,685	,496
	40horas	38	2,93	0,36		
Incerteza quanto aos tratamentos	35 horas	27	2,59	0,48	,051	,960
	40horas	38	2,58	0,50		

Apêndice XIX

Comparações por trabalho por turnos – COPSOQ

COPSOQ - Comparações por trabalho por turnos

Dimensão COPSOQ	Trabalho por Turnos	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	Sim	63	3,84	0,39	,980	,331
	Não	2	3,56	0,27		
Organização do Trabalho e conteúdo	Sim	63	2,37	0,36	,311	,757
	Não	2	2,29	0,06		
Relações Sociais e Liderança	Sim	63	2,99	0,36	1,555	,125
	Não	2	2,60	0,10		
Valores no Local de Trabalho	Sim	63	2,67	0,41	1,547	,127
	Não	2	2,21	0,41		
Interface Trabalho-Indivíduo	Sim	63	3,31	0,53	1,965	,054
	Não	2	2,56	0,27		
Saúde e Bem Estar	Sim	63	3,04	0,62	2,996	,004
	Não	2	1,68	0,96		
Comportamentos ofensivos	Sim	63	2,21	0,69	1,415	,162
	Não	2	1,50	0,71		

Apêndice XX

Comparações por trabalho por turnos - ESPE

ESPE - Comparações por trabalho por turnos

Dimensão ESPE	Trabalho por Turnos	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	Sim Não	63 2	2,53 1,93	0,43 0,51	1,952	,055
Conflitos com os médicos	Sim Não	63 2	2,53 1,70	0,45 0,71	2,556	,013
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Sim Não	63 2	2,35 2,00	0,49 1,41	,354	,783
Falta de apoio dos colegas	Sim Não	63 2	2,18 1,83	0,48 0,24	1,015	,314
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Sim Não	63 2	2,07 1,50	0,46 0,35	1,729	,089
Carga de trabalho	Sim Não	63 2	2,92 2,08	0,36 0,59	3,215	,002
Incerteza quanto aos tratamentos	Sim Não	63 2	2,60 1,90	0,45 1,27	,780	,578

Apêndice XXI

Comparações por turno da noite - COPSOQ

COPSOQ - Comparações por turno da noite

Dimensão COPSOQ	Faz Turno da Noite	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	Sim	57	3,84	0,39	,841	,404
	Não	6	3,72	0,38		
Organização do Trabalho e conteúdo	Sim	57	2,38	0,37	,745	,459
	Não	6	2,28	0,26		
Relações Sociais e Liderança	Sim	57	3,00	0,35	1,291	,202
	Não	6	2,83	0,39		
Valores no Local de Trabalho	Sim	57	2,68	0,39	1,650	,104
	Não	6	2,43	0,52		
Interface Trabalho-Indivíduo	Sim	57	3,29	0,53	,444	,659
	Não	6	3,20	0,60		
Saúde e Bem Estar	Sim	57	3,00	0,62	,332	,741
	Não	6	2,92	0,98		
Comportamentos ofensivos	Sim	57	2,19	0,69	,255	,799
	Não	6	2,13	0,80		

Apêndice XXII

Comparações por turno da noite – ESPE

ESPE - Comparações por turno da noite

Dimensão ESPE	Faz Turno da Noite	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	Sim	57	2,51	0,43	-,961	,340
	Não	6	2,69	0,35		
Conflitos com os médicos	Sim	57	2,53	0,45	-,380	,705
	Não	6	2,60	0,51		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Sim	57	2,39	0,48	1,604	,114
	Não	6	2,06	0,44		
Falta de apoio dos colegas	Sim	57	2,19	0,50	,666	,508
	Não	6	2,06	0,25		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Sim	57	2,07	0,47	,376	,708
	Não	6	2,00	0,42		
Carga de trabalho	Sim	57	2,91	0,36	-,747	,458
	Não	6	3,03	0,39		
Incerteza quanto aos tratamentos	Sim	57	2,63	0,46	1,365	,177
	Não	6	2,37	0,23		

Apêndice XXIII

Comparações por funções de chefia - COPSQ

COPSOQ - Comparações por funções de chefia

Dimensão COPSOQ	Funções de Chefia	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Exigência Laborais	Sim	12	3,59	0,32	-2,391	,020
	Não	53	3,88	0,39		
Organização do Trabalho e conteúdo	Sim	12	2,26	0,33	-1,217	,228
	Não	53	2,39	0,36		
Relações Sociais e Liderança	Sim	12	3,08	0,48	1,102	,275
	Não	53	2,96	0,33		
Valores no Local de Trabalho	Sim	12	2,70	0,47	,459	,648
	Não	53	2,64	0,41		
Interface Trabalho-Indivíduo	Sim	12	3,05	0,51	-1,666	,101
	Não	53	3,33	0,54		
Saúde e Bem Estar	Sim	12	2,60	0,84	-2,355	,022
	Não	53	3,08	0,60		
Comportamentos ofensivos	Sim	12	2,15	0,66	-,211	,834
	Não	53	2,19	0,71		

Apêndice XXIV

Comparações por funções de chefia - COPSOQ

ESPE - Comparações por funções de chefia

Dimensão ESPE	Funções de Chefia	N	Média	Desvio Padrão	t	p
A morte e o morrer	Sim	12	2,33	0,45	-1,581	,119
	Não	53	2,55	0,43		
Conflitos com os médicos	Sim	12	2,33	0,50	-1,425	,159
	Não	53	2,55	0,46		
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Sim	12	2,17	0,54	-1,329	,189
	Não	53	2,38	0,50		
Falta de apoio dos colegas	Sim	12	2,00	0,14	-2,535	,014
	Não	53	2,21	0,52		
Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Sim	12	2,00	0,44	-,411	,683
	Não	53	2,06	0,47		
Carga de trabalho	Sim	12	2,63	0,43	-2,827	,006
	Não	53	2,96	0,36		
Incerteza quanto aos tratamentos	Sim	12	2,35	0,49	-1,864	,067
	Não	53	2,63	0,47		

ANEXOS

Anexo A

**Autorização para a realização do Estudo de Avaliação de Riscos Psicossociais
nos Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHS**

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE LARANJEIRO
HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT'ASSO DO OUTRO

SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Cid
GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT (GID)

DELIBERAÇÃO:

P/CA: Nada a opor.
Cfendes
29/9/2017

Antuniza-se
6/10/2017
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT (GID)

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sra. Dra. Filipa Serra, Administradora Hospitalar do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento e
Dep. de Medicina

DE: Pedro Santos, Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

12-09-2017

ASSUNTO: Autorização para a realização do Estudo de Avaliação de riscos psicossociais nos
Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do CHS e como afectam a sua saúde.

Trata-se de um estudo no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado do Curso de
Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho, ministrado pela Escola Superior de Ciências
Empresariais em conjunto com a Escola Superior de Tecnologia do Instituto Politécnico de
Setúbal, que pretende realizar um estudo acerca dos riscos psicossociais nos Enfermeiros do
Serviço de Urgência Geral do CHS e como estes afectam a sua saúde.

À consideração superior,

Pedro Santos

Tomei
conhecimento.
D. Pedro
P. Santos

ao IP e/e
GID e Direção
de Serviço.
Registo nos Reg.
de documentação.

De cont.
À consideração superior
do Sr. Efe. Director
Carlos Silva Mendes
28/9/2017

ACTA Nº 40/17

Dra. Filipa Serra

Administradora Hospitalar

Departamento de Medicina e GID

Contactos GID: gid@chs.min-saude.pt | filipa.serra@chs.min-saude.pt

Rua Camilo Castelo Branco • 2810-446 Setúbal • Telefone: 265 549 900 • Ext.: 8549 (Pedro Santos) • www.chs.min-saude.pt

DESPACHO

À S. Efe.
chef
Vitor
Janela
P. parer.
18/9/2017

Dra. Filipa Serra
Administradora Hospitalar
Departamento de Medicina e GID

Estudo realizado
Rocha a inf. de
de funcionamento de
CHS
Trabalho
para poder melhorar
a qualidade de
trabalho dos
profissionais de
saúde
de trabalho
22/9-17